

Zur psychosozialen Situation chronisch nierenkranker Patienten und Ihrer Partner

Eine testpsychologische Querschnitts- und Verlaufsanalyse
unter besonderer Berücksichtigung der Interaktion

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der Albert-Ludwigs-Universität
zu Freiburg i. Br.

vorgelegt von
Beatrix Franke
aus Göppingen

Freiburg i. Br. 1980

Zur psychosozialen Situation chronisch nierenkranker Patienten und Ihrer Partner

Eine testpsychologische Querschnitts- und Verlaufsanalyse
unter besonderer Berücksichtigung der Interaktion

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der Albert-Ludwigs-Universität
zu Freiburg i. Br.



vorgelegt von
Beatrix Franke
aus Göppingen

Freiburg i. Br. 1980

Referent:

Prof. Dr. Dr. U. Koch

Korreferent:

Prof. Dr. J. Cremerius

Sprecher:

Prof. Dr. F. Buggle

Tag der Promotion:

14.11.1980



INHALTSVERZEICHNIS

Seite

EINLEITUNG	1
1. DARSTELLUNG DES PROBLEMBEREICHES	3
1.1. Patienten	14
1.1.1. Stress-Situation	14
1.1.2. Stress-Reaktionen	15
1.1.2.1. Auffälligkeiten im Erleben	16
1.1.2.2. Auffälligkeiten im Verhalten	19
1.1.2.3. Modifikationen des Krankheits- erlebens- und -verhaltens	21
1.1.2.4. Psychosomatische Beschwerden	26
1.2. Partner und Familie	31
1.2.1. Stress-Situation	31
1.2.2. Stress-Reaktionen	32
1.2.2.1. Auffälligkeiten im Erleben und Verhalten	32
1.2.2.2. Psychosomatische Beschwerden	35
1.3. Personal	35
1.3.1. Stress-Situation	35
1.3.2. Stress-Reaktionen	36
1.4. Determinanten der Krankheitsbewältigung	37
1.4.1. Intrapsychische Faktoren	38
1.4.1.1. Persönlichkeitsmerkmale	39
1.4.1.2. Internalisierte Werte	46
1.4.1.3. Bewältigungs- und Abwehrmechanismen	48
1.4.2. Interpersonelle Faktoren	50
1.4.2.1. Einstellung zur Dialyse	51
1.4.2.2. Erwartungen an den Patienten	52

	Seite
2. KRITISCHE WÜRDIGUNG BISHERIGER UNTERSUCHUNGEN UND KONSEQUENZEN FÜR DIESE ARBEIT	57
2.1. Kritische Würdigung der psychologischen Untersuchungen bis 1973	57
2.2. Kritische Würdigung neuerer Untersuchun- gen (das heißt nach 1973)	62
2.3. Konsequenzen, die sich für diese Unter- suchung ergeben	64
3. SPEZIELLE FRAGESTELLUNG	66
3.1. Fragenkomplexe	66
3.2. Operationalisierung der dieser Arbeit zugrundeliegenden Fragenkomplexe	68
3.2.1. Stichprobe	68
3.2.2. Untersuchungsgrößen (Variablen)	68
3.2.3. Meßverfahren	71
3.2.4. Erhebungsmodus	72
3.2.4.1. Probleme der Durchführbarkeit	72
3.2.4.2. Durchführungsplanung	77
4. VERSUCHSANORDNUNG	77
4.1. Stichprobe	77
4.2. Untersuchungsgrößen (Variablen)	78
4.3. Meßverfahren	80
5. DURCHFÜHRUNG	80
5.1. Kontaktphase	80
5.2. Untersuchungsablauf	81
5.2.1. Ankündigung	81
5.2.2. Versuchsablauf	82
5.2.2.1. Setting	82

	Seite
5.2.2.2. Warming-up	83
5.2.2.3. Testphase	83
5.3. Bedingungen, die nicht konstant gehalten werden konnten	86
5.4. Auswertung	86
6. VERGLEICH DES EXPERIMENTELLEN ANSATZES DER VORLIEGENDEN UNTERSUCHUNG MIT DEM DER HAMBURGER STUDIE (Balck et al. 1978)	87
7. ERGEBNISSE	91
7.1. Soziographische Daten	91
7.1.1. Analyse der Untersuchungsbeteiligung	91
7.1.2. Analyse der soziographischen Daten	96
7.2. Persönlichkeitsdaten	99
7.2.1. Selbstwahrnehmung von Dialysepatienten und -Partnern	100
7.2.1.1. Ergebnisse der Querschnittsanalyse	100
7.2.1.2. Ergebnisse der Verlaufsanalyse	113
7.2.1.3. Vergleich der Selbstwahrnehmung von Patient und Partner	129
7.2.2. Fremdwahrnehmung von Patient und Partner	132
7.2.2.1. Ergebnisse der Querschnittsanalyse	132
7.2.2.2. Ergebnisse der Verlaufsanalyse	135
7.2.2.3. Vergleich der Fremdwahrnehmung von Patient und Partner	140
7.2.3. Wunschvorstellungen von Patient und Partner	144
7.2.3.1. Ergebnisse der Verlaufsanalyse	145
7.2.3.2. Vergleich der Wunschvorstellungen von Patient und Partner	149

7.2.3.3.	Zusammenhang zwischen Real- und Idealbildern	153
7.2.4.	Selbst-, Fremdwahrnehmung und Wunschvorstellungen von Dialyse-'Neulingen' und Partnern	159
7.2.4.1.	Selbstwahrnehmung von Dialyse-'Neulingen' und Partnern	160
7.2.4.2.	Fremdwahrnehmung von Dialyse-'Neulingen' und Partnern	173
7.2.4.3.	Wunschvorstellungen von Dialyse-'Neulingen' und Partnern	178
7.2.5.	Interpersonelle Wahrnehmung	183
7.2.5.1.	Primäre Ebene	186
7.2.5.2.	Sekundäre Ebene	194
7.2.5.3.	Ebene einzelner Paare	220
7.3.	Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion	228
8.	KONSEQUENZEN	253
8.1.	Konsequenzen für weitere Forschungsansätze	253
8.2.	Konsequenzen für eine psychologisch-psychotherapeutische Betreuung von chronischen Dialysepatienten und deren Angehörige	254
8.2.1.	Vorbereitungsunterricht von Patienten und Angehörigen auf die ihnen bevorstehende chronische Dialyse und die damit auftretenden Probleme	257
8.2.2.	Kasuistik	258
9.	ZUSAMMENFASSUNG	270
	LITERATURVERZEICHNIS	275
	ANHANG	298

EINLEITUNG

Stürmische Fortschritte in der Medizin machen es mittlerweile möglich, Menschen am Leben zu erhalten, die bis vor einigen Jahren noch hätten sterben müssen.

Mit dieser Entwicklung geht eine immer stärkere Technisierung in der Versorgung der Patienten einher. Organe, die nicht mehr funktionieren, werden ersetzt durch Prothesen - Ersatzteilen wie Herzschrittmachern und künstliche Nieren, die viele Menschen vor einem frühen Tod bewahren. Eine rein medizinische "Instandsetzung" terminal Nierenkranker erscheint indessen unzureichend. Der hohe apparative und medikamentöse Entwicklungsstand in unserer Medizin geht mit einem unverkennbaren "Defizit an der Seele" einher (aus einem Artikel der Badischen Zeitung über Antje Huber 1978).

Aus diesem Problem heraus stellt sich Elisabeth Kübler-Ross die Frage: "Konzentrieren wir uns auf Blutdruckmesser und andere Instrumente, weil wir den drohenden Tod nicht sehen wollen, der so furchtbar und erschreckend ist, daß wir unser ganzes Wissen auf Apparaturen übertragen? Denn Instrumente bedrücken uns weniger als die leidenden Züge eines menschlichen Wesens ..." (1973, S. 16).

Die Wunder der modernen Wissenschaft - so erfreulich und überwältigend sie auf der einen Seite sind - sie lassen andererseits auch makabre Situationen entstehen, die einer Science-fiction-oder Horror-Szenerie ähneln (Abram 1970, Kollmann 1973). "We're a sort of zombies... somebody who should be dead but who isn't... I'll never have the feeling of being a whole human being" (Abram 1970, S. 44) oder "When I am on dialysis I am half-robot, half-machine" (Abram 1970, S.43).

"A modern day myth of Scylla and Charybdis which have become a reality". (Abram 1972, S. 57).

Allmählich mußte man erkennen, daß die Fortschritte der Medizin mit der Hypothek zahlreicher Probleme belastet sind.

Scott schildert die Entwicklung folgendermaßen: "Renal dialysis has been a life-saving miracle for the 'chosen few', but has created major moral, social, psychological and interpersonal problems" (1973, S. 91). Die Last dieser Probleme drückt schwer auf allen Beteiligten: den Patienten, Angehörigen und dem Dialyseteam.

Fundamentale Fragen stellen sich für alle, die an einer künstlichen Lebensverlängerung beteiligt sind. Wann wird ein Mensch als so wertvoll erachtet, daß man ihn am Leben erhalten will?

Auch wenn die Selektion von chronisch niereninsuffizienten Patienten heute größtenteils kein aktuelles Problem mehr darstellt, schwingen Auffassungen, wie sie von Kolff - dem 'Vater' der künstlichen Niere - formuliert wurden, in der Einstellung zum Patienten häufig mit. Seine Zweifel formuliert er folgendermaßen: "Do we really subscribe to the principle that social standing should determine selection? Do we allow patients to be treated with dialysis only when they are married, go to church, have children, have a job, a good income and give to the community chest?" (zit. nach Abram 1970, S. 38/39).

Andererseits: Ist ein Leben an der Dialyse denn überhaupt lebenswert? "For some patients prolonged life may not be an important enough goal to justify the very real stresses and sacrifices they must undergo to achieve it". (Sand et al. 1966, S. 603). "It is essential to keep in mind that prolongation of life involves not only adding to the length of life, but it also involves the matter of the quality and worthwhileness of the life that is thus prolonged" (Beard 1969, S. 373; vgl. auch Bothamley). Wie schildern nun die Patienten selbst ihre Situation, die Abram als "living on borrowed time" bezeichnet (Abram 1968, 1972)?

Abrams Zusammenstellung einiger Patientenäußerungen gibt ein typisches Bild der Menschen wieder, die kurz zuvor noch dem Tod ins Auge sahen und nun - dank einer Maschine - realiter und symbolisch vom Tod zurückkehrten: "It maintains a powerful, almost frightening hold on my life ... and yet I find it impossible to make friends with the monster" (Abram 1970, S. 42). Ein anderer Patient lehnt für sich eine Behandlung mit der künstlichen Niere ab, "so that he may die in peace and not in pieces" (Abram 1972, S. 56).

Abram selbst schildert seine Empfindungen in diesen Worten: "... I had fantasies that they were in many aspects 'the living dead' who had to be 'revitalized' twice weekly by machines ... and (were) dependent on other machines for their existence" (1970, S. 44).

Solche bedrückenden Äußerungen sollten als Aufforderung verstanden werden, nach Möglichkeiten zu suchen, das belastende Leben chronisch Nierenkranker so erträglich und lebenswert wie möglich zu gestalten.

In diesem Sinne ist auch Kolff's Forderung aufzufassen, Komitees zu bilden, nicht um bestimmte Patienten von einer Behandlung mit der künstlichen Niere auszuschließen, sondern um weitere Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen.

Als eine solche wesentliche Erweiterung sind Transplantation und Selbstbehandlung in Form der Heim- oder Limited-care-Dialyse zu begreifen.

Im Folgenden soll nun die Problematik aller von der chronischen Dialysebehandlung betroffenen Menschen dargestellt werden.

1. DARSTELLUNG DES PROBLEMBEREICHES

Die Lage des kranken Menschen

"Der Kranke, gleichgültig welcher Art die Krankheit ist, benötigt in irgendeinem Bereiche die Hilfe seiner Umgebung und ähnelt darin dem kleinen Kinde" (Schraml 1972, S. 19). Er gerät in Abhängigkeit von seinen Mitmenschen: Familie, Freunden, Ärzten, Schwestern/Pflegern etc. Wird er in ein Krankenhaus eingeliefert, macht sich "... doch ein Dutzend Leute ... rund um die Uhr an ihm zu schaffen, kümmert sich um seine Herz- und Pulsfrequenz, um Elektrokardiogramm und Lungenfunktionen, um seine Sekrete und Exkremente - nur nicht um ihn als Persönlichkeit" (Kübler-Ross 1973, S. 16).

"Langsam, unausweichlich beginnt man ihn (den Patienten) als Gegenstand zu behandeln, er hört auf, eine Person zu sein. Oft entscheidet man gegen seine Wünsche ..." (Kübler-Ross 1973, S. 15) und spricht ihm das Recht auf eine eigene Meinung ab. Es wird erwartet, daß der Patient sich in diese Lage fügt.

Unterwirft sich der Kranke den Regeln und Weisungen des Krankenhaussystems, so wird er als angenehmer Patient empfunden, der an das 'gut zu habende' Kind erinnert. Dies kommt einer Entmündigung des Patienten gleich und erfordert von ihm ein erhebliches Maß an Anpassungsleistung - dem Grundstein einer 'Patientenkarriere' (Keupp 1972).

Da die heute in vielen Ländern bestehende Krankenhausstruktur eine grundlegende Desozialisation - mit partieller und temporärer Aufgabe an Autonomie, sensorischer, sozialer und psychischer Deprivation, Isolierung und Trennung von emotional stützenden Bezugspersonen - induziert, müssen längere Krankenhausaufenthalte zu teilweise schweren Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit führen. Psychischer Hospitalismus mit Identitätsproblemen, intensiven Verlassenheitsgefühlen, Verzweiflung, Ängsten und re-

gressivem Verhalten sind von daher häufig als iatrogene Erscheinungen zu betrachten.

Für den Kranken und auch für seine Familienangehörigen erfolgt durch die Krankheit eine Stigmatisierung (Keupp 1972), deren negative Auswirkungen für den chronisch kranken Menschen gravierend wird.

Die Lage des chronisch Kranken

Eine chronische Erkrankung nimmt in vielfacher Hinsicht eine Sonderstellung ein. Unheilbare Leiden werden im Vergleich zu anderen Krankheiten hinsichtlich ihres Prestiges ausgesprochen negativ eingeschätzt (Strotzka/Grumiller 1972).

Immer wieder notwendige stationäre Aufenthalte, das heißt lange und häufige Isolierung und Deprivation forcieren psychische Probleme. Im Gegensatz zu den meisten Krankheiten stellt die unheilbare, chronische Erkrankung nicht eine vorübergehende Beeinträchtigung dar. Der chronisch Kranke bleibt zeit seines Lebens krank. "Sie müssen nicht nur ein Minus an Leistungsfähigkeit hinnehmen oder sich in einer bestimmten Art und Weise verhalten, sondern sie haben dauernd Sorge, ihre Erkrankung könne, auch bei Beachtung aller Vorsichtsmaßnahmen, wieder stärker auftreten Erlebnismäßig ist es vor allem die Unberechenbarkeit der Krankheit, die jene Menschen neben der Minderung der Leistungs- und Genußmöglichkeit trifft" (Schraml 1972, S. 39).

Diese einer Krebsstation ähnliche Situation ist eine durch die Präsenz des Todes aneinander gefesselte 'geschlossene Gesellschaft' von Patienten, Angehörigen und Pflegepersonal (vergleiche Solschenizyn: Krebsstation I 1971).

"In der Praxis der Medizin werden der Tod und die Lebensprobleme unheilbar Kranker und Sterbender lange weitestgehend verleugnet. Erst seit etwa 15 Jahren wurden die menschlichen Prob-

leme dieser Kranken ... systematischer untersucht (Köhle et al. 1979, S. 813).

Es erstaunt wohl kaum, daß chronisch Kranke in unserer an Gewinnmaximierung und Leistung orientierten Gesellschaft eine problematische Position einnehmen; von ihnen, die hoher finanzieller Investitionen bedürfen, wird in diesem Sinne erwartet, bald gesund, das heißt leistungs- und arbeitsfähig zu sein. Parsons spricht hier von einer Verpflichtung des Kranken. Kommt er diesem Anspruch nicht nach, so sieht man ihn als assozial an (nach Schraml 1972).

Die Lage chronisch Nierenkranker

a) Historisch

Während eine effektive Behandlung der chronisch terminalen Niereninsuffizienz bis vor ca. 20 Jahren aussichtslos war, hat sich seit den Veröffentlichungen von Kolff und Scribner eine Überlebenschance für diese Patienten aufgetan.

Die permanente Weiterentwicklung und Verbesserung der medizinischen, operationstechnischen Versorgung und technisch-apparativer Verfahren eröffnen ständig weitere Möglichkeiten, der wachsenden Zahl chronisch nierenkranker Patienten ausreichende und adäquate Behandlungsmöglichkeiten zu bieten. Das Selektionsproblem - entstanden und bedingt durch einen Mangel an Dialyseplätzen - konnte in den letzten Jahren mehr und mehr in den Hintergrund treten.

Um die Belastungen des chronisch Nierenkranken und seiner Familie ganzheitlich zu verstehen, ist die Kenntnis der medizinischen und technischen Seite seiner Krankheit Voraussetzung. Bedenkt man den rapiden Zuwachs von ca. 1.000 terminal niereninsuffizienten Menschen in der BRD pro Jahr (bei einem derzeiti-

gen Stand von etwa 9.000 Patienten - siehe Coburg, 1980), so wird deutlich, wie viele Menschen und Familien von diesem Schicksal betroffen sind.

Bevor ausführlich auf die psycho-sozialen Bereiche eingegangen wird, sollen deshalb zunächst medizinische und technische Faktoren der chronischen Dialysebehandlung kurz erläutert werden.

b) Medizinische Aspekte

Die lebenswichtigen Aufgaben der Nieren beziehen sich auf die Ausscheidung von Schlackenstoffen, Regulierung des Wasser- und Salzhaushaltes und Aufrechterhaltung des Säure-Basen-Gleichgewichtes im Blut. "Eine charakteristische Eigenschaft der gesunden Niere ist die empfindliche Regulation, mit der Überschuß oder Mangel einer ausscheidungsfähigen Substanz ausgeglichen werden" (Franz 1971, S. 2). Darüber hinaus werden in der Niere wichtige Hormone wie Erythropoetin (zur Bildung von Erythrozyten) und Renin (blutdruckregulierend) produziert. Für den Krankheitsbefall von Nierengewebe, der zu einer chronisch terminalen Niereninsuffizienz führen kann, verantwortlich sind häufig sehr unterschiedliche Erkrankungen: Glomerulonephritis, Pyelonephritis, chronisches Nierenversagen infolge eines Unfalls oder operativen Eingriffs, Nierenmißbildungen wie Zystenniere, Schrumpfniere, Nephrosklerose, Nierentumoren, -tuberkulose, Niereninsuffizienz aufgrund von Phenacetinabusus.

Medikamentöse oder diätetische Maßnahmen (Kartoffel-Ei-Diät nach Kluthe) - sogenannte konservative Behandlung - ermöglichen zunächst, Krisen zu überbrücken und eine notwendige Dialysebehandlung hinauszuzögern.

Mit fortschreitendem Nachlassen der Nierenfunktionen steigen jedoch die harnpflichtigen Substanzen im Serum kontinuierlich an, so daß es zu einer Überladung des Organismus mit Wasser,

Säuren und Kalium kommt: die Urämie. In diesem Stadium kann das Leben des Patienten nur noch durch eine Peritonealdialyse, Hämodialyse oder Nierentransplantation gerettet werden.

Die künstliche Niere stellt jedoch keinen vollwertigen Ersatz einer gesunden Niere dar. Während ihre Wirksamkeit im wesentlichen auf die Ausscheidungsfunktion beschränkt bleibt, können hormonelle Leistungen nicht ersetzt werden. Hierin liegt die Ursache für die bei den meisten Patienten vorhandene renale Anämie und Hypertonie. Dieser Bluthochdruck macht eine Nephrektomie notwendig, sofern er durch blutdrucksenkende Medikamente nicht zu regulieren ist.

Die chronisch niereninsuffizienten Patienten leiden häufig zusätzlich unter den Auswirkungen von Neuropathien und Osteopathien, die im Zusammenhang mit dem Nierenleiden stehen.

Mit Aufnahme der Dialysebehandlung können diätetische Maßnahmen im Unterschied zur konservativen Behandlungsphase zwar gelockert werden, dennoch hat der Patient weiterhin gewisse Einschränkungen zu befolgen. Restriktionen bestehen vor allem für die Aufnahme von Kochsalz, Kalium und Flüssigkeit (bei Anurie beschränkt sich die erlaubte Flüssigkeitsmenge auf ein physiologisch notwendiges Minimum).

c) Technisch-apparative Seite der künstlichen Niere

Während sich dem chronisch nierenkranken Patienten neben der Hämodialyse noch die Peritonealdialyse ('Bauchdialyse') und Transplantation als Behandlungsmöglichkeiten anbieten, soll hier der technische Vorgang lediglich der künstlichen Niere beschrieben werden, da sich diese Untersuchung ausschließlich mit chronischen Hämodialysepatienten und deren Partnern befaßt. Weitere Informationen sind - wie auch die nachfolgenden - dem von H.E.Franz verfaßten Thieme-Ratgeber "Dialysebehandlung" zu entnehmen.

Wie arbeitet die künstliche Niere?

Zur Durchführung einer Hämodialyse ('Blutwäsche') muß ein Anschluß der künstlichen Niere an das Blutgefäßsystem des Patienten gefunden werden. Die künstliche Niere arbeitet extrakorporal. Nur wenige Blutgefäße des Menschen eignen sich aufgrund ihrer Beschaffenheit (Blutflußdruck, Dicke) als direkte Anschlußmöglichkeit.

Erst mit der Entwicklung von Vorrichtungen, eine Arterie und eine Vene kurzzuschließen - sog. Shunt -, wurde eine solche Möglichkeit geschaffen. Es gibt zwei Arten von Shunts, benannt nach den Ärzten, die diese Verfahren erstmals anwandten:

- Cimino-Fistel: direkte operative Verbindung zwischen einer Arterie und einer Vene. Arterieller und venöser Schenkel des subkutanen Shunts müssen für jede Dialyse punktiert werden.
- Scribner-Shunt: Einbau eines Kunststoffkatheters zwischen einer Arterie und einer Vene. Arterieller und venöser Schenkel dieses Shunts werden als Schläuche aus dem Arm herausgeführt und über der Haut kurzgeschlossen.

Shunts können entweder am Arm oder am Bein angebracht werden. Beim Armshunt (er wird, soweit die Gefäße dies zulassen, bei Rechtshändern am linken Arm gelegt) muß eine Hilfsperson zur Verfügung stehen, um den Patienten an das Gerät anzuschließen. In der Regel werden heute Scribner-Shunts für akute Hämodialysen bevorzugt, während im chronischen Gebrauch Wert auf Cimino-Fisteln gelegt wird. Zwar muß der Cimino-Shunt für jeden Anschluß an die künstliche Niere neu und mit dicken Kanülen punktiert werden, außerhalb der Behandlung erfordert er jedoch keine weitreichenden Einschränkungen: hat sich die Punktionsstelle geschlossen, so können diese Patienten zum Beispiel baden, schwimmen, und diesen Arm - mit gewisser Vorsicht - beanspruchen.

Im Gegensatz hierzu muß die Shuntregion beim Scribner-Shunt steril, sauber und trocken bleiben. Baden und Schwimmen sind verboten. Der arterielle und venöse Schlauch des Scribner-Shunts wird nach jeder Dialyse wieder über der Haut zusammengesteckt und mit einem sicheren Verband vor Beschädigung geschützt; dies bedeutet, daß dieses Gliedmaß nicht nur sehr beschränkt einsetz-fähig ist, sondern auch Außenstehenden schnell ins Auge fällt.

Ist der Anschluß an das Blutgefäßsystem des Patienten erfolgt, fließt das Blut in einem extrakorporalen Kreislauf aus der Ar-terie, durch den Dialysator und zum Patienten zurück (Vene). Hierbei würde das Blut gerinnen, wenn dies nicht durch Injektio-nen gerinnungshemmender Substanzen (Heparin) verhindert würde. Dies bedeutet, daß der Patient auch nach Abschluß der Dialysebe-handlung eine erhöhte Blutungsneigung aufweist, nämlich so lan-ge, bis das Heparin abgebaut ist.

Im Dialysator findet der Austausch der Stoffwechselprodukte und die Entfernung von Wasser aus dem Körper statt (Ultrafil-tration). Um einen sicheren Ablauf der Dialyse zu gewährleisten, sind in die künstliche Niere Kontrollsysteme - Monitore - in Form akustischer und optischer Alarme eingebaut. Sie machen auf Störungen aufmerksam und unterbrechen gleichzeitig die Dialyse. Aus einer Schalttafel kann die Art der Störung erkannt werden. Der Alarm wird so lange gegeben und die Dialyse so lange blok-kiert, bis der Fehler behoben ist. Während die apparativen Probleme der chronischen Hämodialysebehandlung heute als weit-gehend gelöst angesehen werden können, ist die Aufrechterhaltung funktionstüchtiger Shunts problematisch und die Gefahr zahlrei-cher Komplikationen nicht gebannt. Hier nur stichwortartig eini-ge mögliche Zwischenfälle, um einen Eindruck des realen Dialyse-alltags zu vermitteln:

- apparative Störungen:
- . Aussetzen des elektrischen Stroms
- . Luft im blutführenden System
- . Abreißen oder Leckwerden eines blutführenden Schlauches
- . Schaden an der Heparinpumpe

- Störungen der Organfunktion des Patienten:
 - . Kreislaufkomplikationen während und außerhalb der Dialyse
 - . Herzrhythmusstörungen
 - . Erbrechen, Übelkeit, Kopfschmerzen
 - . Venenschmerz
- Komplikationen infolge mangelhafter Diäteinhaltung:
 - . Herzinsuffizienz aufgrund von Überwässerung
 - . Herzinsuffizienz, Herzstillstand infolge Hyperkaliämie.

Befindet sich der Patient im chronischen Hämodialyseprogramm, so ist eine Behandlung dreimal wöchentlich 4-8 Stunden notwendig (früher 2 x 10-12 Stunden). Der Patient ist angewiesen auf ein Dialysegerät und damit auf eine Klinik, ein Feriendialysezentrum oder die Maschine zu Hause.

d) Dialyseform

Derzeit stehen für den chronisch niereninsuffizienten Patienten alternativ die Kliniks-, Limited-Care- und Heimdialyse zur Verfügung. Die Entscheidung über die jeweilige Form der Dialysebehandlung liegt zunächst beim Arzt: Er begutachtet, ob ein Patient vom körperlichen Status her (zum Beispiel Gefäß- bzw. Shuntverhältnisse) als stabil oder als Risikopatient zu verstehen ist und stellt damit eine Weiche für oder gegen die Klinikdialyse.

Klinikdialyse

Meist werden heute solche Patienten in der Klinik dialysiert, von denen eine überdurchschnittlich hohe medizinische Komplikationsrate (durch Shunt, Sekundärerkrankungen, Alter) zu erwarten ist.

Limited-Care-Dialyse

Lebt der Patient alleine oder mit einem Partner bzw. Familienangehörigen, mit dem die Durchführung einer Dialysebehandlung zu Hause nicht möglich ist, so kommen für ihn eine Limited-Care-Dialyse oder die Behandlung in einer privaten Dialyse-

Praxis (oft auch als Limited-Care-Dialyse) in Frage. Er führt die Dialyse selbst durch, assistiert vom Dialysepersonal.

Heimdialyse

Für die Heimdialyse kommen im wesentlichen nur medizinisch 'stabile' Patienten in Frage, deren Familien sich mit dieser Behandlungsform einverstanden zeigen.

Der Patient bleibt zur Behandlung in seiner gewohnten Umgebung, versorgt von ihm vertrauten Menschen (Curtis 1971, Kaplan De-Nour 1970, Muehrcke 1971, Schoeppe 1973, Streltzer 1976). Die zeitliche Flexibilität verringert Einschränkungen familiärer, beruflicher und sozialer Aktivitäten.

e) Psychische Situation

Während am Anfang der Behandlung mit der künstlichen Niere technische und medizinische Schwierigkeiten im Vordergrund standen, wurde mit deren zunehmender Beherrschung deutlich, daß man dabei den Menschen mit seinem Krankheiterleben und -verhalten aus dem Auge verloren hatte. "To the patient, illness means more than just a constellation of symptoms which brought him to a physician. It is a period in which his emotional, social and economic securities are threatened" (Lucente 1972, S. 310).

Für emotionale Probleme scheint bei vielen Ärzten jedoch - so v. Uexküll 1973 - ein Skotom vorhanden zu sein.

Gerade für den chronisch körperlich Kranken gilt nach Lohmann (1972), daß der Kranke nicht nur eine organische Krankheit 'hat', sondern diese auch erlebt und erleidet und durch sie seelisch verändert wird.

Allmählich stellte sich heraus, daß selbst optimäl dialysierte Patienten unter der starken psychischen Belastung einer chronischen Dialysebehandlung litten.

Sie bringt für alle Beteiligten - Patient, Partner/Familie und Dialysepersonal - eine Reihe von Belastungen mit sich, die eine andauernde Stress-Situation darstellen. "Fear of death, loss of income, reductions in family and social status, uncertainty about the future, lack of stamina, changes on body image, and worry about additional medical problems all contribute to one of the most stressful life situations imaginable" (Goldstein/ Reznikoff 1971, S. 1205).

Exkurs zum Stressbegriff

In der Psychologie wird der Begriff Stress gleichermaßen verwendet, um

1. die auslösenden Reizbedingungen (Stressoren) ,
2. die Zustände im Individuum (intervenierende Variablen) und
3. die Reaktionen auf die Stressoren zu bezeichnen.

Um dieser Komplexität gerecht zu werden, müssen nach Lazarus (1966) in einer umfassenden Beschreibung von psychischem Stress alle drei genannten Aspekte berücksichtigt werden.

Es stellte sich in der Stress-Forschung heraus, daß es immer vom Charakteristika des Individuums abhängt (Fahrenberg 1969, Jarke 1969), ob einer Situation die Eigenschaft eines Stressors zukommt, d.h. Stress-Reaktionen auszulösen vermag." Was ein Stressor ist, bestimmt das Subjekt" (Fahrenberg 1967, S. 75).

Hieraus wird deutlich, daß erst die beobachtete Reaktion erlaubt, einen Stimulus als Stressor zu kennzeichnen.

Bei der Beurteilung des Stress-Gehaltes einer Situation können nach Lazarus folgende Indices Aufschluß geben:

- Anzeichen gestörter Affektivität
- motorische Reaktionen
- Veränderungen in der Angemessenheit kognitiver Funktionen
- physiologische, das heißt biochemische und autonome Veränderungen.

Ob und in welchem Maß ein Stimulus als belastend oder bedrohlich empfunden wird, hängt wiederum von im Individuum gelegenen Faktoren ab, die zwischen Reiz und Reaktion intervenieren. Diese intervenierenden Bedingungen und Prozesse sind nach Lazarus verantwortlich für die hinsichtlich Intensität und Qualität unterschiedlichen Reaktionen, die verschiedene Personen auf die gleichen Situationen hin zeigen (Näheres siehe Bühler et al. 1971). Sie beinhalten die Möglichkeiten des Individuums, der antizipierten Gefahr zu begegnen (Bewältigung oder Coping).

Im folgenden sollen die Belastungsfaktoren (Stressoren) der Dialyse-Situation und die daraufhin auftretenden Stress-Reaktionen beschrieben werden. Zunächst werden Stressoren und Stress-Reaktionen für jede der von der Dialyse betroffenen Personengruppen getrennt aufgeführt. Im Abschnitt "Determinanten der Krankheitsbewältigung" wird dann auf die wechselseitige Beeinflussung der beteiligten Personen eingegangen.

1.1. PATIENTEN

1.1.1. Stress-Situation

Die Dialyse-Situation ist für den Patienten verbunden mit einer Reihe von Restriktionen und Frustrationen. Er muß auf Dinge verzichten, die für ihn wesentlich waren und ihm Selbstbestätigung gaben.

In dem Titel einer Veröffentlichung von Abram kommt die Problematik des chronischen Dialysepatienten zum Ausdruck: "Survival by machine: The psychological stress of chronic hemodialysis" (1970).

Folgende Stressquellen werden in zahlreichen Veröffentlichungen als charakteristisch genannt: (Abram 1970, Abram 1974, Abram 1971, Curtis 1971, Ebra 1972, Freyberger 1973b, Freyberger 1972, Gombos 1964, Holden 1978, Kaplan-De-Nour 1970, Kaplan-De-Nour 1972, Kaplan-De-Nour 1976, Levy 1976, Reichsman 1972, Reichsman 1978, Renner 1973, Schreiner 1965, Short 1969, Spiedel 1975, Wright 1966):

- Abhängigkeit von Maschine, Partner, Dialysepersonal und Therapieprogramm
- Kontinuierliche latente, zum Teil auch manifeste Todesbedrohung, Ungewißheit hinsichtlich der Lebenserwartung

Nach Abram (1968) ist der Dialysepatient ein "Mensch, der auf 'Pump' lebt".

- Chronische Erwartungsangst vor Komplikationen und Zwischenfällen zum Beispiel beim 'An- und Abhängen', Angst vor Shuntverletzungen
 - Frustration fundamentaler Triebbedürfnisse im Vital- und Sexualbereich
 - Einschränkungen der physischen Leistungsfähigkeit, Beeinträchtigung körperlicher Funktionen u.a. durch Sekundärerkrankungen wie periphere Neuropathie, Osteopathie, Anämie, essentielle Hypertonie
 - Veränderungen im körperlichen Erscheinungsbild, zum Beispiel durch oft extreme Gewichtsverluste, Ödeme, bleich-gelbliche Gesichtsfarbe, Fötur urämicus, eingeschränkte Fähigkeit bzw. Unfähigkeit zum Wasserlassen, Shuntnarben oder -aneurysmen
- Der Shunt wird als Stigma empfunden, das ständig an die Dialyse erinnert (Basch 1974, Shea et al. 1965).
- Umstellung von Lebensweise, Freiheitsverlust durch Beschränkung der für gesellschaftliche und berufliche Aktivitäten verfügbaren Zeit, Zerstörungen von Zukunftsplänen; Verlust von Arbeitsplatz und Kollegen, Einbußen an Einkommen und sozialem Status.

Wie werden diese Stress-Faktoren vom Patienten erlebt und beantwortet?

1.1.2. Stress-Reaktionen

Psychische Auffälligkeiten machen deutlich, wie stark die chronische Dialyse als Belastung erlebt wird,

So ist das Krankheitserleben gekennzeichnet durch Angst, Depressivität und Aggressivität; Störungen im Krankheitsverhalten werden am ehesten in der Mißachtung medizinisch-diätetischer Auflagen und in Störungen des Sozialverhaltens manifest.

Im Anschluß an die Darstellung des Krankheitserlebens und -verhaltens soll in diesem Kapitel auf ihre Modifikationen eingegangen werden, die mit Dialyseform, Dialysealter und Lebensalter zusammenhängen.

Abschließend werden psychosomatische Beschwerden beschrieben, die bei chronischen Dialysepatienten beobachtet wurden.

1.1.2.1. Auffälligkeiten im Erleben

Angst

Hinter der Angst des Patienten vor Komplikationen und Zwischenfällen verbirgt sich - nach Ansicht vieler Autoren - die Angst vor Tod und Sterben (Abram 1970, Ebra 1972, Goldstein 1971, Kaplan-De-Nour 1976, Levy 1975, Lohmann 1978, Lohmann 1974, Pritchard 1974). Der Patient lebt in ständiger gespannter Erwartung vor dem gefürchteten Ereignis. Fatal ist, daß die Ängste selbst wiederum als Stressor wirken und damit lebensbedrohend werden können (Eisendraht 1969).

Viele Patienten drücken ihre Ängste nicht offen aus, sondern 'verkappt' in Form psychosomatischer Symptome wie Schlafstörungen, Unruhe oder Nervosität (Czaczkas/ Kaplan de-Nour 1978).

Nach Holcomb/Mac Donald (1973) können sich 57% der Patienten nur mit Tranquilizern entspannen.

Depressivität

Depressives Verhalten als psychische Reaktion auf die chronische Verunsicherung ist die am häufigsten festgestellte emotionale Reaktion bei Dialysepatienten (Abrams 1968, Cramond et al. 1967): Nach Daly (1969) finden sich bei 72% der Dialysepatienten Hinweise für eine Depression, 43% geraten nach Holcomb/Mac Donald (1973) von Zeit zu Zeit in extrem depressive Phasen. Nach Foster et al. (1973) und Kaplan de-Nour/Czaczkas (1976) erleben 47% bzw. 53% der Dialysepatienten immer wieder auftretende Stimmungstiefs.

"Die Beschädigung des Körpers, die Funktionseinbußen, der Verlust von Befriedigungsmöglichkeiten und die Veränderung der Rolle in der Familie beeinträchtigen das Selbstgefühl, insbesondere das Selbstwerterleben des Patienten" (Köhle et al 1979,

S. 821). Der Patient sieht sich als minderwertig-schwächlich und verliert das Vertrauen zu sich (Anger 1975, Holden 1978). Er gerät in ein Gefühl psychischer Impotenz, der Hilfs- und Hoffnungslosigkeit. Diese psychische Verfassung begünstigt eine Selbstaufgabe, welche von Engel (1968) als Giving-up-Given-up-Komplex beschrieben wird.

Verzweiflung, Traurigkeit, apathisches Resignieren und mehr oder weniger deutliche Suizidabsichten (35% der Patienten wollen nach Holcomb/Mac Donald lieber tot sein) charakterisieren diese depressiven Verstimmungen (Greenberg 1973, Levy 1975, Pritchard 1974, Reichsman 1972, Shea 1965, Short 1969, Ullmann 1973).

Abram, der sich eingehend mit dem Suizidverhalten chronischer Dialysepatienten befaßte (1970, 1971), unterscheidet folgende drei Kriterien:

- aktiven, erfolgreichen Suizid (z.B. durch eine Überdosis von Tabletten, Verbluten durch Entkoppeln der blutgefüllten Kanülen oder durch absichtliches Beschädigen des Shunts)
- Forderung, nicht mehr dialysiert zu werden, um sterben zu können
- Passiven Suizid durch Mißachten des medizinischen Regimes, z.B. durch Ausschreitungen im Eß- und Trinkverhalten ("Food kleptomania" Schreiner/Maher 1965, Eß- und Trinkorgien nach Abram et al 1971).

Abrams Untersuchungen zum Suizidverhalten chronisch dialysierter Personen ergeben erschreckende Zahlen: Nach seinen Ergebnissen ist die Suizidrate bei Dialysepatienten um das Hundertfache höher als bei der amerikanischen Durchschnittsbevölkerung. Sie steigt auf das Vierhundertfache, wenn auch Diätüberschreitungen oder Nicht-Befolgen des Dialyseregimes als unbewußte Suizidhandlungen miteinbezogen werden.

Zur Suizidalität deutscher Dialysepatienten stehen entsprechende Untersuchungen noch aus.

Manche Autoren bestätigen Abrams Ansicht, Diätmißachtungen als suizidale Äquivalente zu betrachten (Freyberger 1973a,

Glassman/Siegel 1970, Shea et al.1965), andere halten das Nicht-Beachten medizinisch-diätetischer Vorschriften und die Forderung, nicht dialysiert zu werden, als alleinige Indikatoren für nicht ausreichend (Czaczkcs/Kaplan de-Nour 1978, Reichsman/Mc Kegney 1978).

Aggressivität

Kaplan de-Nour und Kollegen (1970, 1976, 1978) sowie Levy und Reichsman (1972, 1975) verstehen aggressives und feindseliges Verhalten der Patienten gegenüber ihrer Umgebung (Familie und Personal) als Resultat der unausweichlichen Abhängigkeit und der Vielzahl der krankheitsbedingten Restriktionen und Frustrationen.

Der Patient gerät jedoch in eine Zwickmühle, will er seinen aggressiven Empfindungen offen Ausdruck verleihen: Er muß fürchten, die Unterstützung und Hilfe seiner Umgebung, auf die er angewiesen ist, aufs Spiel zu setzen (Kaplan de-Nour et al. 1968, Reichsman/Levy 1972). Ein Patient charakterisiert seine Situation folgendermaßen: "If you tell them to go to hell, they can kick you out of the hospital" (Mac Namara 1967, S. 182). Der Patient wird von daher seine aggressiven Empfindungen zu unterdrücken suchen. Die häufig auftretenden psychosomatischen Störungen wie Magen-, Herz- oder Kopfschmerzen können als Ausdruck solcher verdrängter Aggressionen verstanden werden.

Sicher ist es nicht gerechtfertigt, wie Kaplan de-Nour und Mitarbeiter (1968) Abhängigkeit als das zentrale Problem darzustellen und davon auszugehen, daß sie zwangsläufig Aggressionen auslöse. Abhängigkeit wird je nach Selbst- oder Rollenverständnis (Persönlichkeitsstruktur, Geschlecht) sehr unterschiedlich erlebt: Für denjenigen, der nach Autonomie und Selbständigkeit strebt oder von dem sie erwartet werden - in unserem Gesellschaftssystem sind das in erster Linie Männer - ist es unerträglich, sich auf andere angewiesen zu wissen; andere Patien-

ten mit ausgeprägten Abhängigkeitswünschen kommt diese Seite der Dialyse entgegen (Kaplan de-Nour/Czaczkas 1972, 1974).

Diese Störungen im Affektbereich - Angst, Depressivität, Aggressivität - können so stark werden, daß psychotische Reaktionen resultieren. Insbesondere aus den Anfängen der Dialyse, als der körperliche Zustand der Dialysepatienten zu Beginn der Behandlung erheblich problematischer war als heute, wurden schizophrenoide Episoden, massive Depressionen und Affektinkontinenz beschrieben (Foster et al. 1973, Freyberger/Bauditz 1969, Ullmann 1973).

Auch Durchgangssyndrome im Sinne von Wieck wurden von Shea et al. (1965), Freyberger/Bauditz (1969), Abram (1970) beobachtet. Die Prognose solcher Patienten war in der Regel schlecht, die Überlebenschance gering (Czaczkas/Kaplan de-Nour 1978, Kaplan de-Nour/Czaczkas 1976, Malmquist 1973 I).

1.1.2.2. Auffälligkeiten im Verhalten

Einhalten des medizinischen Regimes

Die Bedeutung, die dem Befolgen bzw. Nicht-Einhalten medizinischer Auflagen zugeschrieben wird, ist sehr unterschiedlich. Nach Kaplan de-Nour und Mitarbeitern, die sich eingehend mit diesem Thema beschäftigt haben, befolgt die Mehrzahl der Patienten (ca. 77%) die Diät und sonstigen Vorschriften mäßig bis überhaupt nicht (Czaczkas/Kaplan de-Nour 1978, auch Friedman et al. 1970 I).

Im Gegensatz zu Abram('Suizid auf Raten') sehen diese Autoren in Diätmißachtungen primär nicht unbewußte suizidale Handlungen, sondern eher den Ausdruck verdeckter Aggressionen oder exzessiver Zuwendungswünsche (Krankheitsgewinn). Diäteeinhaltung dagegen betrachtet Kaplan de-Nour als Index einer erfolgreichen Krankheitsverarbeitung, wohingegen andere Autoren im strikten Befolgen eher die Eigenschaft sehen, Autoritäten nicht

in Frage zu stellen und sich ihnen zu fügen (Vincent 1971). Depressive und alleinstehende Patienten zeigen größere Schwierigkeiten, sich an die Diät zu halten; ängstliche Patienten andererseits kontrollieren ihr Gewicht fast zwanghaft (Cazzullo 1973, Czaczkes/Kaplan De-Nour 1972, Czaczkes/Kaplan De-Nour 1978, Procci 1978). Patienten, die die diätetischen Vorschriften befolgen, gelten im allgemeinen auch beruflich als gut rehabilitiert.

Franke et al. (1978) beobachteten im Rahmen eines psychologisch-psychotherapeutischen Betreuungsprogrammes mit Dialysepatienten, daß bei diesen ein Anstieg der durchschnittlichen Gewichtszunahme (in medizinisch noch vertretbaren Grenzen) zu verzeichnen war. Da die behandelten Patienten zugleich selbstsicherer und kritischer geworden waren, kann in diesem Fall die Gewichtszunahme als emanzipatorische Entwicklung gegen die von den Ärzten vorgegebenen Vorschriften interpretiert werden.

Soziale Störungen

Die Dialysebehandlung macht in den meisten Familien eine Neu-Definierung bzw. Umkehr der Rollen notwendig. Eine besondere Umstellung bringt die Behandlung bei männlichen Patienten (ca. 2/3 der Patienten sind männlichen Geschlechts) mit sich. Der Mann, der meist den Lebensunterhalt für die Familie verdient, muß sich als Fröhrentner oft mehr traditionell weiblichen Aufgaben wie Versorgen des Haushaltes oder Beaufsichtigung der Kinder zuwenden, was noch oft als entwürdigend angesehen wird (Abram/Moore/Westervelt 1971, Ebra/Toth 1972, Halper 1971, Hampers/Schupak 1967, Joel/Wieder 1973, Reichsman/Levy 1972, Short/Wilson 1969, Stewart/Johansen 1976/77, Ullmann 1973). Der gesunde Partner fällt jetzt die Entscheidungen und wird auch meist von den Kindern um Rat und Hilfe gefragt. Der Patient nimmt bald im Familienleben eine Randposition ein (Anger 1975, Short/Wilson 1969).

Bei vielen Dialysepatienten ist ein Rückzug aus sozialen Aktivitäten zu beobachten: Sie verlieren das Interesse an gemeinsamen Unternehmungen mit Freunden, Bekannten und Verwandten; die Patienten isolieren sich immer mehr und werden zunehmend lethargisch (Foster et al. 1973). Die Mehrzahl wendet sich eher passiven Betätigungen wie Radiohören, Fernsehen etc. zu (Strauch et al. 1971).

Czaczkas/Kaplan de-Nour (1978) stellten fest, daß bei nur wenigen Patienten der Rückzug von sozialen Aktivitäten als Folge der Krankheit zu sehen ist; vielmehr hätten sich diese schon vor der Dialyse isoliert.

Auch Familienangehörige und Freunde beginnen sich vom Patienten zurückzuziehen: Sie fühlen sich hilflos und gehen dem Patienten und den durch ihn aufgeworfenen Problemen wie der Konfrontation mit dem Tod aus dem Wege. Der Patient gerät in eine Beziehungsisolierung, die zu einem 'sozialen Tod' führt (Fripp 1977).

1.1.2.3. Modifikationen des Krankheitserlebens und -verhaltens

Änderungen im Erleben und Verhalten ergeben sich für den Dialysepatienten in Abhängigkeit von der Dialyseform, dem Dialysealter und dem Lebensalter.

Dialyseform

Der Vorteil der Kliniksdialyse liegt für den Patienten darin, daß er sich und seine Familie von der Verantwortung für die Behandlung entbindet, indem er sich in die Obhut von Fachkräften begibt. Als Nachteil muß in Kauf genommen werden, daß er in der Klinik unmittelbarer und häufiger mit Zwischenfällen konfrontiert wird. Dies hat meist zur Folge, daß die Klinikspatienten beträchtliche Angst vor der Dialyse entwickeln (Daly/Hassall 1970). An- und Abreisen, rigides Einhalten der Dialysezeiten und striktes Befolgen diätetischer Maßnahmen engen den Kliniks- oder Zentrumspatienten zusätzlich ein.

Die Limited-Care-Dialyse wird von den Patienten meist als idealer Kompromiß zwischen Kliniks- und Heimdialyse angesehen. Sie stellt nicht nur für den Patienten, sondern oft auch für dessen Partner eine enorme Entlastung dar. Viele Patienten sind erleichtert, ihren Ehepartner nicht mit der Hämodialyse belasten zu müssen. Es darf jedoch gerade bei Limited-Care-Patienten nicht übersehen werden, daß eine Reihe dieser nach außen stabil wirkender Patienten nur deshalb keine Heimdialyse betreiben, weil der Ehepartner oder ein anderes Familienmitglied eine Heimdialyse verweigerte oder ablehnte. Diese Patienten leiden unter dem Eindruck, abgeschoben zu werden.

Es steht außer Zweifel, daß die Heimdialyse für den Patienten eine Reihe Vorteile mit sich bringt (auch wenn die positiven Ergebnisse aufgrund der Vorauswahl der für die Heimdialyse bestimmten Familien teilweise als Artefakte zu deuten sind). Sicherheit im Umgang mit dem Gerät (durch das Training zur Heimdialyse) gibt ein Gefühl von Souveränität und läßt die künstliche Niere und die Dialyseprozedur weniger furchterregend erscheinen. Der Heimdialyse-Patient kann die künstliche Niere stärker als persönlichen Besitz und somit eher als zu sich gehörig empfinden.

Für den Patienten ist die Heimdialyse im allgemeinen psychisch und physisch ideal. Sie bietet die besten Aussichten für eine umfassende Rehabilitation: von medizinischer Seite treten weniger Komplikationen, seltener Shuntinfektionen und -revisionen auf; der Anämisierungsgrad ist weniger ausgeprägt (Blagg 1972, Castro 1973, Freyberger/Speidel 1972); beruflich ist ihnen aufgrund der zeitlichen Flexibilität am ehesten eine vollkommene oder weitgehende Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß möglich (Czaczkas/Kaplan de-Nour 1978, Freyberger 1975, Reichsman/Mc Kegney 1978, Schoeppe 1973). Sie trägt auch zur psychischen Gesundheit bei: Heimdialyse-Patienten gelten als weniger neurotisch, depressiv und suizidgefährdet. Stärkere Präsenz in der gewohnten Umgebung vermindert die Gefahr allzu starker Isolierung (Abram et al. 1971, Blagg 1972, Kessel 1971 a, Renner et al. 1973).

Diese Vorteile müssen allerdings mit einer deutlichen Mehrbelastung für die Familie und den Partner erkaufte werden (Cramond/Knight/Lawrence 1967, Ebra/Toth 1972, Finkelstein/Steele 1976, Halper 1971, Hampers/Schupak 1967, Kaplan de-Nour/Czaczkas 1970, Short/Wilson 1969, Streltzer/Finkelstein/Feigenbaum/Kitsen 1976). Eine Heimdialyse verändert und belastet zwangsläufig das Familienleben und die Partnerbeziehung (Holcomb/Mac Donald 1973): Die Ehe gerät in eine Zerreißprobe (Drees 1976). Nur eine tragfähige Beziehung kann diesen Belastungen standhalten.

Freyberger/Speidel (1972) vertreten die Auffassung, daß die Heimdialyse den Patienten zu einer "situationsgerechteren Äußerung aggressiver Triebwünsche" befähige. Hierdurch würden depressive Reaktionen vermindert und innerfamiliäre Beziehungen stabilisiert. Bedenkt man andererseits, wie abhängig sich der Heimdialyse-Patient von seinem Partner fühlt, so ist eher vom Gegenteil auszugehen, nämlich daß der Patient seine aggressiven Empfindungen unterdrückt, um die Beziehung zu seinen Angehörigen nicht aufs Spiel zu setzen (Mac Namara 1967, Mass/Kaplan de Nour 1975).

Dialysealter

Es wurde beobachtet, daß sich die bisher geschilderten psychischen Schwierigkeiten in Abhängigkeit vom 'Dialysealter', das heißt der Zeitdauer, seit der der Patient dialysiert wird, verändern.

Der Adaptationsprozeß, der im allgemeinen ein Jahr dauern soll, nimmt für gewöhnlich einen phasenhaften Verlauf (Abram 1970, Ebra/Toth 1972, Reichsman/Levy 1972). Eine umfangreiche Studie legten Reichsman und Levy 1972 vor. Sie postulieren für den Beginn der Dialysebehandlung drei aufeinanderfolgende Adaptationsperioden:

1. 'Honey-moon':

Charakteristisch für diese Phase ist die den Flitterwochen vergleichbare Lebensfreude, Hoffnung und Erleichterung. Diese Stimmung hält im Durchschnitt sechs Wochen bis sechs Monate nach den ersten Dialysen an.

2. Phase der Ernüchterung und Entmutigung:

Die euphorisierende Zeit des Dialysebeginns wird zum Teil abrupt, manchmal auch allmählich abgelöst von Traurigkeit, Deprimiertheit und Hoffnungslosigkeit. Diese Periode kann durch Umstände außerhalb der Dialyse wie zum Beispiel Wiederaufnahme der Arbeit (Angst, ihr nicht gewachsen zu sein) oder durch Dialysekomplikationen wie wiederholte Shunt-Schwierigkeiten ausgelöst werden. In dieser Zeit starben in der Untersuchung von Reichsman/Levy 5 von 25 Patienten. Diese Phase soll sich über einen Zeitraum von drei bis zwölf Monaten erstrecken.

Allmählich geht diese Periode über in die

3. Langzeitadaptation,

in der der Patient seine Situation zu akzeptieren beginnt und zu einem emotionalen Äquilibrium findet (Abram 1969, Abram 1970, Ebra/Toth 1972, Kaplan de-Nour/Czaczkas 1976).

Diese Phase geht häufig einher mit dem Beginn einer sinnvollen Arbeit und dem Gefühl, trotz Krankheit und geringer Produktivität von der Familie und dem Personal akzeptiert zu werden.

Nach Reichsman/Levy werden auch dann noch - im Gegensatz zu den Erfahrungen von Ebra/Toth (1972) - häufig Änderungen im psychischen und physischen Befinden der Patienten beobachtet.

Seit damals haben sich die Umstände, unter denen die chronische Dialyse begonnen wird, allerdings sehr gewandelt. Strenge Selektionskriterien und der oft schlechte Allgemeinzustand, in dem die Patienten damals nach langem Warten in das Dialyseprogramm aufgenommen wurden, sind dafür mitverantwortlich, daß zu Anfang der Dialysebehandlung die Patienten physisch und psychisch so

sehr erleichtert waren und zum Teil euphorisch reagierten (Abram 1970, Reichsman/Levy 1972).

Andere Autoren dagegen zeichnen ein pessimistisches Bild der psychischen Befindlichkeit des Patienten: Die psychische Problematik verschärfe sich, die seelische Kraft nehme mit zunehmendem Dialysealter ab (Balck/Budäus/Knieß/Koch/Speidel 1978, Greenberg/Davis/Massey 1973, Short/Wilson 1969).

Der Stimmungsverlauf während einer Dialyse war Gegenstand der Untersuchungen des Arbeitskreises um Shea. Die Patienten werden vor der Dialyse als ruhelos und reizbar, während der Dialyseprozedur, vor allem beim An- und Abhängen, als besonders ängstlich, depressiv, unruhig, ungeduldig und irritierbar geschildert. (Shea/Bogdan/Freeman/Schreiner 1965). Die psychische und physische Toleranz nimmt im Laufe der Dialyse stark ab. Trotz eines körperlichen Schwächegefühls infolge der Dialyseprozedur fühlten sich die Patienten nach der Dialyse erleichtert und fanden allmählich zu ihrem seelischen Gleichgewicht zurück.

Lebensalter

Erst mit zunehmender Erfahrung in der Dialysetechnik und -medizin wurden auch solche Patienten hämodialysiert, die lange ausgeschlossen waren: Menschen über 50-55 Jahren, Patienten unter 18 Jahren und Personen mit Zweiterkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus. Keleman und Kolff wagten 1959 die Dialyse von "sehr jungen, sehr alten und sehr kranken Menschen". Überraschenderweise stellte sich heraus, daß gerade ältere Patienten und deren Familien mit der Nierenerkrankung und damit verbundenen Belastungen besser fertig werden als jüngere Patienten. Sie sind oft froh, daß ihnen 'noch einige Jahre geschenkt' werden (Ghantous et al. 1971). Trotz vieler medizinischer Komplikationen und häufiger stationärer Aufenthalte zeigen sich ältere Patienten psychisch stabiler als jüngere (Ghantous et al.

1971). Sie verhalten sich diszipliniert in der Einhaltung diätetisch-medizinischer Vorschriften. Andererseits sind es gerade die über 60-jährigen, die hin und wieder eine Dialysebehandlung strikt ablehnen. Für manchen verspricht ein Lebensabend an der künstlichen Niere keine ausreichende Lebensqualität. So repräsentiert die Gruppe älterer Patienten, die mit dieser Behandlung einverstanden sind, eine Auswahl lebensbejahender Menschen.

Für den Jugendlichen stellen Krankheit und chronische Hämodialyse einen Einbruch in den für dieses Alter typischen Selbstfindungs- und Loslösungsprozeß dar. Die Integration in die Berufswelt, beginnende Intimität, die Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühls werden durch die zeitliche und psychische Abhängigkeit von der Dialyse und den Betreuungspersonen erschwert. In einer Phase, in der der Heranwachsende üblicherweise nach Unabhängigkeit, Eigenständigkeit und Anerkennung durch Gleichaltrige drängt, ist der jugendliche Dialysepatient an die Maschine und in starkem Maße an seine Eltern gebunden.

Die Eltern versuchen oft mit übermäßig behütendem Verhalten eigene Schuldgefühle hinsichtlich der Krankheit des Kindes wettzumachen und halten den Patienten in kindlicher Abhängigkeit (Alex 1978).

Auf die speziellen Probleme der Kinderdialyse mit ihren spezifischen und von der Erwachsenen-Dialyse zum Teil sehr verschiedenen Belastungen soll hier nicht eingegangen werden.

1.1.2.4. Psychosomatische Beschwerden

Viele vegetative Symptome können als psychophysische Korrelate der oben geschilderten Ängste, Depressionen und Aggressionen betrachtet werden (Pach et al. 1978). Hierzu zählen im wesentlichen Schlafstörungen und Magenbeschwerden. Bei vielen Patienten verschlechtern sich Schlafqualität und -quantität mit Beginn

der Dialysebehandlung (Daly/Hassall 1970, Franke/Sträßle/Heinze 1978, Gonzales/Pabico/Brown/Maher/Schreiner 1963, Speidel/Kerekjarto/Knauf/Probst 1975). Obwohl klinische Erfahrungen für ein vermehrtes Auftreten gastrointestinaler Beschwerden bei Dialysepatienten sprechen, finden sich in der Literatur bisher nur vereinzelte Hinweise (Finkelstein et al. 1976). Kasuistische Beobachtungen weisen auf ein Zusammentreffen von belastenden psychischen Prozessen (Depressionen, Hilflosigkeit, Eheschwierigkeiten, Ängste vor der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit) und Shuntverschlüssen bzw. Gerinnungsstörungen hin (Franke et al. 1978, Reichsman/Levy 1972). So berichtet eine Patientin: "Since my mother died, my shunt has never stopped clotting" (Reichsman/Levy 1972, S. 863).

Diese Beobachtungen können als Anregung für weitere Untersuchungen zur Psychosomatik der Blutgerinnung dienen.

Sexuelle Störungen

Die Frage der Ätiologie sexueller Störungen chronisch Nierenkranker wird kontrovers diskutiert. Während lange Zeit ausschließlich von einem somatogenen Modell ausgegangen wurde - Nebenwirkungen vor allem blutdrucksenkender Medikamente, toxisch-metabolischer Effekte, vaskulärer, neuropathischer oder endokriner Störungen - wird seit der Studie Levys (1973) eine psychisch-emotionale Determinierung stärker in Betracht gezogen. Dieser Autor stellte trotz Verbesserung des körperlichen Befindens nach Dialyseaufnahme zum Teil drastische Einschränkungen der sexuellen Leistungsfähigkeit fest.

Nach übereinstimmender Meinung aller Autoren leidet die Mehrzahl der Dialyse-Patienten an Libido- und Potenzstörungen; die Angaben belaufen sich auf bis zu 80% (Abram/Hester/Sheridan/Epstein 1975, Bommer/Tschöpe/Ritz/Andrassy 1976, Cazzullo/Invernizzi/Ventura/Sostero 1973, Finkelstein/Steele 1976, Foster/Cohn/Mc Kegnéy 1973, Harari/Munitz/Wijsenbeek/Levi/Steiner/Rosenbaum 1971, Kaplan De-Nour 1978, Larsen 1972, Levy 1973, Pach/Waniek/Hartmann 1977, Ullmann 1973). Gemessen an der Be-

deutung dieses Problems für die Betroffenen liegen jedoch erst wenige Untersuchungen vor. Dies mag zum einen daran liegen, daß die Untersucher sich scheuen, in den Intimbereich des Patienten einzudringen, zum anderen daran, daß es den Patienten schwer fällt, ihre Insuffizienz in diesem Bereich zuzugeben.

So stellte Levy in einer 1973 in den USA erhobenen Studie Diskrepanzen in den Antworten fest. Lediglich die Hälfte der männlichen Dialyse-Patienten und nur ein Drittel der transplantierten Männer bezeichneten sich als impotent, obwohl sie an anderer Stelle angaben, keinerlei Geschlechtsverkehr mehr zu haben.

Die bisher durchgeführten Untersuchungen befassen sich vorwiegend mit der Sexualität männlicher Patienten (Abram/Hester/Sheridan/Epstein 1975 , Bommer/Tschöpe/Ritz/Andrassy 1976, Kaplan De-Nour 1978, Pach/Waniek/Hartmann 1977); die Erforschung des Sexualverhaltens weiblicher Dialyse-Patienten wurde bislang weitgehend vernachlässigt. Dies hängt vermutlich damit zusammen, daß sexuelle Störungen bei Frauen (Amenorrhoe, Einschränkungen der Libido und des Orgasmuserlebens) auf die Ausübung des Geschlechtsverkehrs geringere Auswirkungen zeigen als dies bei sexuellen Schwierigkeiten des Mannes (Erektionsprobleme) der Fall ist; sie werden daher von Außenstehenden als weniger gravierend beurteilt.

Die umfangreichste (N = 519, davon 345 Männer und 174 Frauen) und aussagekräftigste Untersuchung liegt von Levy (1973) vor.

Ziel seiner Studie war, die sexuellen Funktionen der Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten zu erfassen:

- vor der Urämie,
- nach Beginn der Urämie, aber noch vor der Dialysebehandlung oder der Transplantation,
- zum Zeitpunkt der Befragung.

Die Untersuchung führte zu folgenden Ergebnissen:

1. Sexuelle Situation von Dialyse-Patienten:

Sowohl männliche als auch weibliche Dialyse-Patienten berichteten über ein kontinuierliches Nachlassen ihrer sexuellen Aktivitäten mit fortschreitender Urämie und über weitere Einbußen (bei 35% der Männer und 25% der Frauen) mit Beginn der Dialysebehandlung. 59% der männlichen Dialyse-Patienten bezeichneten sich als partiell oder vollständig impotent. Nur wenige Patienten (8% der Männer, 6% der Frauen) erlebten auf die Dialysebehandlung hin eine Verbesserung ihrer Sexualfunktionen. Auch mit fortschreitender Behandlung traten keine sexuellen Verbesserungen ein (Finkelstein/Steele 1978).

2. Sexuelle Situation von Transplantierten:

Transplantierte fühlten sich im Vergleich zur Zeit vor der Nierenerkrankung nach wie vor merklich in der sexuellen Aktivität eingeschränkt, auch wenn eine Verbesserung angegeben wurde (Procci et al. 1978 a,b). 43% der Männer gaben an, partiell oder vollständig impotent zu sein. Diese Angabe dürfte in Anbetracht der weitaus größeren Anzahl von Männern ohne jeglichen Geschlechtsverkehr höher liegen. Wie schon erwähnt, scheute die Mehrzahl dieser Männer, sich als impotent einzustufen.

Im Gegensatz hierzu stehen die Berichte weiblicher Transplantierter: Sie fanden zu einem sexuellen Verhalten wie vor der Erkrankung zurück.

Diese Befunde werden im wesentlichen von anderen Untersuchungen bestätigt (Abram/Hester/Sheridan/Epstein 1975, Bommer/Tschöpe/Ritz/Andrassy 1976, Pach/Waniek/Hartmann 1977, Procci/Hoffman/Chatterjee 1978a, Procci/Hoffman/Chatterjee 1978b).

Hiervon abweichende Ergebnisse beziehen sich auf

- den Zeitpunkt auftretender Potenz- und Libidoeinschränkungen (Abram/Hester/Sheridan/Epstein 1975, Bommer/Tschöpe/Ritz/Andrassy 1976, Czaczkes/Kaplan De-Nour 1978, Kaplan De-Nour 1969, Procci/Hoffman/Chatterjee 1978b, Vollrath/Ferner/Vetter/Ritz/Zebe/Bundschu/Malluche 1976). Auch zwischen den Behandlungstagen

schwankt das sexuelle Interesse des Patienten stark: Unmittelbar nach der Dialyse ist das sexuelle Verlangen am geringsten; Libido und Potenz nehmen mit zunehmendem zeitlichen Abstand zu (Abram/Hester/Sheridan/Epstein 1975, Bommer/Tschöpe/Ritz/Andrassy 1976).

- Das sexuelle Befinden nach erfolgreicher Transplantation:

Manche Autoren sprechen von einer deutlichen Verbesserung der Libido und sexuellen Potenz nach erfolgreicher Transplantation (Pach/Waniek/Hartmann 1977, Procci/Hoffman/Chatterjee 1978 a, Salvatierra/Fortmann/Belzer 1975, Zebe/Vollrath/Ritz/Brommer/Vetter/Malluche/Bundschu 1974).

- Das sexuelle Verhalten weiblicher Patienten:

Im Gegensatz zu den Befunden von Levy (1973) stehen Ergebnisse von Friedman und Procci und Mitarbeitern (1970 II bzw. 1978 a, b): Durch die Dialyse treten keinerlei Veränderungen der sexuellen Wünsche und Aktivitäten bei Frauen auf, während nach Transplantation eine signifikante Verschlechterung eintritt.

Aussagen von Patienten zum Beispiel über die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs vor der Erkrankung bzw. im prädialytischen Stadium sollten jedoch mit Zurückhaltung interpretiert werden. Gerade bei retrospektiven Untersuchungen besteht die Tendenz, früheres Verhalten im Sinne der sozialen oder eigenen Erwünschtheit zu erinnern.

Mit Levy richtete sich das Augenmerk auf psychische Faktoren, wobei Zusammenhänge mit Depressivität, Angst und Selbstwertgefühl (Abram/Hester/Sheridan/Epstein 1975, Berkman 1978, Ebra/Toth 1972, Finkelstein/Steele 1976, Kaplan De-Nour 1978, Levy 1978 b, Levy 1978 c, Pach/Waniek/Hartmann 1977, Shambaugh/Hampers/Bailey/Snyder/Merrill 1967, Steele/Finkelstein 1976, Stewart/Johansen 1976/77) diskutiert werden. Über eine eventuelle kausale Beziehung zwischen diesen Faktoren kann jedoch beim gegenwärtigen Forschungsstand nur spekuliert werden.

Ebenso ungeklärt ist, ob die sexuellen Störungen als Ursache oder Folge der häufig berichteten Probleme in der Partnerschaft anzusehen sind (Berkman 1978, Finkelstein/Steele 1978, Procci et al. 1978a).

Einen neuen Gesichtspunkt bringen Steele und Mitarbeiter (1976), wonach Ehefrauen von Patienten ebenso häufig frigide waren wie weibliche Dialyse-Patienten.

Sicher spielt die Einstellung der Partnerin eine bedeutsame Rolle: Geringere Erwartungen an den Patienten und eine negative Einstellung ihm gegenüber beeinflussen sein psychophysisches Wohlbefinden und somit auch seine Libido und Potenz (Kaplan de-Nour 1978). Viele Frauen beurteilen die sexuelle Störung ihrer kranken Partner anders als die Patienten selber: Einschränkungen im Geschlechtsverkehr und der Libido der Patienten werden von den Partnerinnen zum Teil als gravierender empfunden (Abram et al. 1975, Bommer et al. 1976, Strauch et al. 1970, Strauch-Rahäuser 1977).

1.2. PARTNER UND FAMILIE

1.2.1. Stress-Situation

Lange Zeit wurde übersehen, daß vom Streß der chronischen Dialysebehandlung nicht nur der Patient selbst betroffen ist, sondern auch alle ihm nahestehenden Personen: Ehepartner, Kinder, Eltern oder andere wichtige Bezugspersonen. Sie sehen sich ähnlichen Stressoren ausgesetzt wie der Patient:

- Abhängigkeit vom Patienten und dem Dialyseprogramm;
der Partner führt sich räumlich, zeitlich und psychisch ebenfalls angebunden und in seiner Unabhängigkeit beschnitten (Butollo 1978, Franke et al. 1978). Dies betrifft die Hilfspersonen von Heimdialysepatienten am stärksten:
"Ein Ehemann sagte, er fühle sich wie mit einem Seil an die künstliche Niere seiner Frau angebunden" (Shambaugh/Kanter 1969, S. 932).
- Angst vor medizinischen Komplikationen, vor dem frühen Tod des Patienten; Unsicherheit und Angst vor der Zukunft (Gelfman/Wilson 1972, Halper 1971, Shambaugh/Kanter 1969, Short/Wilson 1969).

Gerade dem Kliniksdialysepartner fällt es oft schwer, den Patienten in Krisen allein und in fremden Händen zu wissen. Nicht selten versucht der Partner die Stunden der Ungewißheit und Sorge zu verkürzen, indem er sich telefonisch nach dem Befinden des Patienten während der Dialyse erkundigt.

- Restriktionen von Freizeit- und Genußmöglichkeiten wie Reisen, Ausgehen, Geselligkeiten, Freizeit, Erholung, Schlaf (Franke et al. 1978); Frustration von Bedürfnissen, zum Beispiel Abhängigkeitswünschen gegenüber dem Ehepartner, sexuellen Wünschen und Erwartungen.

Die Partner müssen sich an den Möglichkeiten des Patienten orientieren (Halper 1971, Holcomb/Mac Donald 1973, Maurin/Schenkel 1976, Shambaugh et al. 1967).

- Veränderung sozialer Gegebenheiten wie Einkommensverlust, Umzug, das heißt neue Umgebung, neue Bekannte, andere Schule.

Es ist evident, daß auch die Familie einen hohen Preis für die Zeit zahlen muß, um die das Leben ihres Patienten verlängert wird (Maurin/Schenkel 1976, Short/Wilson 1969). Im Unterschied zur Großfamilie früherer Generationen sieht sich die heutige Klein- oder Kernfamilie isoliert ihren Problemen ausgesetzt und in keiner Weise auf solche Anforderungen vorbereitet (Kessel 1971 a,b, Lidz 1971).

1.2.2. Stress-Reaktionen

1.2.2.1. Auffälligkeiten im Erleben und Verhalten

Erst als die Dialyse immer häufiger ins Heim des Patienten verlegt wurde und die Zahl der Abbrüche aufgrund psychischer Schwierigkeiten des Heimdialysepartners stieg, wurde der psychischen Situation der Angehörigen mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Es zeigte sich, daß auch Partner bzw. Familie auf den chronischen Stress vorwiegend mit Angst, Depression und Wut/Feindseligkeit reagieren.

Die Angst vor der Zukunft, vor einem plötzlichen Tod des Patienten wird zum Teil von den Angehörigen bedrohlicher und belastender erlebt als vom Patienten selbst (Holcomb/Mac Donald 1973). Holcomb/Mac Donald vermuten, daß sich gerade die Angehörigen (meist Frau und Kinder) besonders intensiv mit der Frage auseinandersetzen, wie sie die Zukunft ohne den Patienten und meist auch mit finanziellen Einbußen meistern werden.

Besonders starke Ängste entwickelt vor allem die Hilfsperson des Heimdialyse-Patienten, die eine ungeheure Verantwortung für das psycho-physische Wohlergehen des Patienten auf sich lasten fühlt (Franke et al. 1978). Die Ängste vor lebensbedrohlichen Komplikationen und davor, Fehler zu machen, finden häufig in psychosomatischen Beschwerden oder Alpträumen ihren Ausdruck.

Untersuchungen ergeben, daß bis zu 65% der Partner zeitweilig unter massiven Depressionen leiden (Holcomb/Mac Donald 1973); sie bedürfen teilweise psychiatrischer Hilfe (Shambaugh et al. 1967, Smith et al. 1969). Es erscheint von daher berechtigt, den Partner als den 'zweiten Patienten' zu bezeichnen (Ebra/Toth 1972).

Ständige Frustrationen und Deprivationen bringen es mit sich, daß die Partner/Familienangehörigen nicht nur Aggressionen gegen die krankheitsbedingten Auflagen entwickeln, sondern daß sich die Ablehnung auch gegen den Patienten richtet, durch den diese unbefriedigende Situation verursacht wird. So fantasiert der Ehemann einer Dialysepatientin, daß er die künstliche Niere mit einer Axt zertrümmere (Shambaugh et al. 1967).

Der Patient wird zum Sündenbock gestempelt: Viele der in der Familie auftretenden Probleme werden ihm zugeschoben (Wright, Th. 1975).

Der Partner erlebt seine Haßgefühle im allgemeinen sehr schuldbewußt. Er versucht sie soweit wie möglich zu unterdrücken und durch

Demonstration intensiver Nähe und Fürsorglichkeit zu kompensieren (Harari et al. 1971, Maurin/Schenkel 1976, Shambaugh et al. 1967). Konflikte, Mißstimmungen oder Spannungen zwischen den Ehepartnern werden deswegen häufig stillgeschwiegen und verleugnet.

Soziale Störungen

Mit der oft notwendigen Rollenumkehr (siehe oben) geht meist auch ein Funktionswechsel für den Partner - überwiegend Frauen - einher.

Die Frau übernimmt in vielen Fällen nicht nur die Entscheidungsgewalt und damit auch die dominante Rolle, die bislang der Mann innehatte; auch ihre Bedeutung für den Patienten ändert sich: sie wechselt von der Rolle des Sexualpartners in die der aufmerksamen Mutter oder Krankenschwester (Bommer et al. 1976, Swanson/D'Afflitti 1974).

Diese Veränderungen werden von Patient und Partner als belastend erlebt (Balck et al. 1978, Shambaugh et al. 1967).

Die Tendenz des Patienten, sich immer mehr zurückzuziehen, und die zeitliche Beanspruchung des Heimdialyse-Partners bewirken, daß der Partner nahezu zwangsläufig mit in eine oft unfreiwillige Isolation gerät. Viele Partner vermissen den Kontakt zu Freunden und Bekannten, scheuen sich jedoch, den Patienten alleine zu lassen. Sie ziehen sich ihm zuliebe, aber auf Kosten ihrer eigenen Wünsche und Bedürfnisse zurück.

Reaktionen der Kinder von Dialysepatienten

Auffallend ist der Mangel an Informationen darüber, welche psychischen Reaktionen Kinder von Dialysepatienten zeigen, zumal gerade bei einer Heimdialyse die Kinder von der Problematik der Krankheit und Behandlung stark mitbetroffen werden. Schul-

schwierigkeiten und Verhaltensstörungen wie zum Beispiel Bett-nässen wurden bislang nur vereinzelt erwähnt (Beard 1975, Evans 1978, Franke et al. 1978, Friedman et al. 1970 II, Mass/Kaplan de-Nour 1975). Tsaltas (1976) beobachtete an Kindern depressive und hypochondrische Verhaltensmerkmale, Shulman und Mitarbeiter (1974) fanden dagegen keinerlei Auffälligkeiten.

1.2.2.2. Psychosomatische Beschwerden

Die Vielzahl psychosomatischer Erscheinungen bei Partnern von Dialysepatienten läßt vermuten, daß viele Probleme und intra-psychische bzw. interpersonelle Spannungen unausgelebt bleiben.

Am häufigsten werden folgende Beschwerden genannt: Nervosität, Gespanntheit bzw. Unfähigkeit, sich zu entspannen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Schlafdefizit, Herz- und Magenbeschwerden, Diarrhoe und eine überdurchschnittliche Anfälligkeit für Infekte (Franke et al. 1978, Holcomb/Mac Donald 1973, Shambaugh et al. 1967). Studien zum Schlafverhalten von Patienten und Partnern zeigten, daß die Partner ihr Schlafdefizit im Laufe der Woche nicht in vollem Umfang aufholten (Blagg 1972, Daly/Hassall 1970, Menzies/Stewart 1968).

Bei der Vielzahl und Häufigkeit der psychosomatischen Beschwerden ist es nicht verwunderlich, daß 34% der Heimdialyse-Partner angeben, zu Schmerzmitteln und 25% zu Psychopharmaka zu greifen (Franke et al. 1978).

1.3. PERSONAL

1.3.1. Streß-Situation

Auf die emotionalen Probleme, die die chronische Dialysebehandlung für das Personal mit sich bringt, wird erst in jüngster Zeit eingegangen. Lange wurde übersehen, daß die chronisch

apparative Betreuung eines Menschen Belastungen aufwirft, die den Rahmen des üblichen Pflegedienstes übersteigen.

Folgende Faktoren werden als belastend erlebt:

- Enge, intensive, emotionale Bindung zwischen Patient und Dialyse-Personal, die durch langjährige Zusammenarbeit entsteht (Bothamley 1974, Freyberger 1973c, Moore 1972). In dieser gefühlsmäßigen Beziehung spielt die 'fötusähnliche' Abhängigkeit des Patienten vom Dialyse-Personal eine wichtige Rolle.
- Ständige Konfrontation mit Tod und Verlust vertrauter Personen (Kaplan De-Nour/Czaczkes 1974, Mlott 1974, Moore 1972, Steinmetz/Marshall 1973, Vollrath et al. 1977).
- Ungewöhnliche Verantwortung; Risiko tödlicher Folgen durch Fehler in der Überwachung des Dialysevorgangs.

Wie werden Schwestern, Pfleger, Ärzte mit dieser chronischen Belastung fertig?

1.3.2. Streß-Reaktionen

Zum Erleben und Verhalten des Dialysepersonals liegen nur vereinzelte Veröffentlichungen vor. Fast ausschließlich wird diskutiert, welche Fähigkeiten und Eigenschaften Dialyse-Schwwestern und Dialyse-Pfleger haben sollten, um dem Patienten hilfreicher Partner zu sein.

Die Betreuung des Kliniksdialyse-Patienten wird als besonders belastend empfunden: Trotz intensiver Bemühungen erlebt das Team oft, daß es nichts oder nur wenig bewirken kann und der Tod der Patienten nicht aufzuhalten ist.

Die Zusammenarbeit mit Limited-Care-Patienten ist dagegen im allgemeinen angenehm: die Patienten führen ihre Dialyse eigenständig durch und bedürfen minimaler pflegerisch-medizinischer Überwachung. Auf der anderen Seite sehnen sich gerade einige dieser Patienten nach intensiver Zuwendung und Geborgenheit, die ihnen zu Hause häufig fehlen. Solche Wünsche stoßen beim Dialysepersonal zum Teil auf erheblichen Widerstand.

Die ständige Betreuung unheilbar kranker Menschen ruft zwiespältige Gefühle hervor: Auf der einen Seite eine intensive, oft übermäßig behütende Zuwendung (overprotection), andererseits das Bedürfnis, sich vom Patienten zurückzuziehen und zu distanzieren, um sich vor 'emotionaler Ansteckung' zu schützen (Armstrong 1975, Armstrong 1977, Czaczkes/Kaplan De-Nour 1978, Moore 1972, Vollrath et al. 1977). Für viele Schwestern und Pfleger ist diese intensive Dauerbelastung über Jahre nur schwer zu ertragen. Zweifel am Sinn und Erfolg ihrer Arbeit, Ängste, Enttäuschungen, Spannungen, Unzufriedenheit und Resignation führen zu einer unverhältnismäßig hohen Krankmelde-rate und Fluktuation auf Dialyse-Stationen (Armstrong 1977, Freyberger et al. 1971, Kaplan De-Nour/Czaczkes 1974, Moore 1972). Die permanente Konfrontation mit den Problemen dieser Patienten, mit Sterben und Tod stellen eine ständige Bedrohung für das emotionale Gleichgewicht des Dialysepersonals dar. Auch hier werden als psychische Reaktionen Angst, Depression und Aggressionen beobachtet (Armstrong 1975, Armstrong 1977, Foy 1970, Halper 1971, Kaplan De-Nour/Czaczkes 1974, Moore 1972, Perry 1974, Short/Wilson 1969, Vollrath et al. 1977).

Nachdem zunächst die Stressoren der chronischen Hämodialyse und die verhaltens- und erlebensmäßigen Reaktionen von Patienten, Partnern und Personal beschrieben wurden, soll - dem Ansatz von Lazarus folgend (vgl. Exkurs zum Stress-Begriff S. 13) - im folgenden Kapitel auf die zwischen Stressor und Reaktion intervenierenden Variablen, nämlich die Bewältigungs- oder Copingmechanismen eingegangen werden.

1.4. DETERMINATION DER KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG

Wie ein Mensch seine Krankheit bewältigt, hängt neben krankheitsbedingten Charakteristika wie Verlauf und Prognose von einer Reihe intrapsychischer Merkmale und Beziehungsfaktoren ab.

1.4.1. Intrapsychische Faktoren

Die Fähigkeit, mit den Belastungen einer chronischen Dialysebehandlung fertig zu werden, wird weitgehend bestimmt von Persönlichkeitsmerkmalen, internalisierten Werten und verfügbaren Bewältigungsmechanismen. Diese Faktoren sind auch für die Ätiologie und den Zeitpunkt des Krankheitsausbruchs entscheidend.

Ergebnisse zahlreicher Life-event-Untersuchungen weisen auf die Bedeutung des psychosozialen Kontextes für die Entstehung einer Krankheit hin; bestimmte Umweltbedingungen lösen demnach durch ihre 'Streßhaftigkeit' überdurchschnittlich häufig Krankheiten aus ('ökologische Psychosomatik' nach Lipowski 1973 in Joraschky/Köhle 1979).

Engel (1968) und Engel/Schmale (1972) stellten fest, daß Menschen in dem Augenblick erkrankten, in dem sie nicht mehr mit Veränderungen oder Belastungen fertig wurden (Giving-up - Given-up-Komplex). In solchen Zeiten traten nach Hinkle und Wolff (1957) sog. Krankheits-'Cluster' auf, Phasen mit auffälliger Krankheitshäufung.

"Probanden mit verstärkter Krankheitsempfänglichkeit hatten vermehrt familiäre Konflikte, Scheidungen, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, emotionale Belastungen ..." (Hinkle 1956, zit. nach Joraschky/Köhle 1979).

Immer wieder zielen epidemiologische Untersuchungen auf die pathogenetische Bedeutung des Partnerverlustes hin. Signifikante Morbiditäts- und Mortalitätszunahmen und deutlich erhöhtes Suizidrisiko nach Verlassenheits- und Verlusterlebnissen zeichnen diese Personen als 'high risk group' aus (Joraschky/Köhle 1979).

Exakte Studien, die nach psychischen Determinanten für das Auftreten der Nierenerkrankung suchen, fehlen bislang. Dies muß umso mehr überraschen, als im Volksmund von einer psychischen Mitbedingung ausgegangen wird ("das geht mir an die Nieren"). Hinweise auf eine psychische Prädisposition geben Beobachtungen von Reichsman/Levy (1972): Bei manchen Patienten gingen depressive Gefühle dem Beginn der Krankheit voraus, meist verbunden mit bedeutenden Verlusten.

Eine Klärung der Frage, wie weit psychosoziale Faktoren für den Ausbruch der chronischen Niereninsuffizienz mitverantwortlich sind, wäre nur durch prospektive Studien möglich. Diese sind jedoch aus methodischen Gründen kaum realisierbar.

Einweise auf Zusammenhänge zwischen sozialem Stress und Nierenversagen scheinen zumindest im Tierreich durch v. Holst experimentell nachgewiesen zu sein.

In seinen tierphysiologischen Versuchen konnte eine terminale Niereninsuffizienz durch sozialen Stress ausgelöst werden. Es zeigte sich, daß für Tupajas allzu häufiger Kontakt untereinander (Dichteeffekt) und/oder gegenseitige Dominanzbeziehungen (soziopsychischer Effekt) zu extremen Stress-Reaktionen führten. Bei allen Experimenten starben die Versuchstiere nach wenigen Tagen an Nierenversagen. Ihr Tod "wird durch eine Urämie bewirkt, die auf einer Verringerung der Nierendurchblutung beruht. Diese ist - zumindest zum Teil - durch eine Konstriktion der Nierengefäße erklärbar, die auf einer erhöhten Aktivität des sympathischen Nervensystems beruht" (v. Holst 1972, S. 238). Für von Holst ist ausgemacht, "daß solche 'persönlichen Dominanzbeziehungen zwischen den Individuen', aber auch allzu gedrängtes Beieinanderleben, nicht nur den von ihm untersuchten Tupajas an die Nieren gehe. Seiner Meinung nach finden sich solche Stress-Symptome 'generell bei Säugetieren einschließlich des Menschen' " (DER SPIEGEL 1973, S. 105).

Im folgenden Abschnitt soll auf Persönlichkeitsmerkmale, internalisierte Werte und Bewältigungsmechanismen eingegangen werden, die die Krankheitsverarbeitung begünstigen.

1.4.1.1. Persönlichkeitsmerkmale

Wenn nach Prädiktoren des Dialyseerfolges gesucht wird, so kommt der prämorbidem Persönlichkeitsstruktur entscheidende Bedeutung zu.

Das Interesse an der Suche nach Persönlichkeitsmerkmalen erwuchs aus dem - inzwischen mehr der Vergangenheit angehörenden - Problem, wegen mangelnder Dialyseplätze eine Auswahl aus den terminal niereninsuffizienten Patienten treffen zu müssen.

Da diese Entscheidung für die verantwortlichen Ärzte eine immense Belastung darstellte, suchten sie bald nach Kriterien, von denen sie sich leiten lassen könnten.

Erfahrungen, daß Dialysebehandlungen hin und wieder an psychosozialen Problemen scheiterten, hatten zur Folge, daß sich das Interesse auf Persönlichkeitsstrukturen verlagerte, die eine Rehabilitation begünstigten oder verhinderten.

Mancher Arzt schreckte jedoch davor zurück, nach dem sozialen oder gesellschaftlichen Wert eines Menschen zu selektieren. In einigen Veröffentlichungen aus dieser Zeit wurden die daraus erwachsenden ethischen Fragen diskutiert (Abram 1970, Schreiner/Maher 1965).

Mit Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten durch Heimdialyse und Transplantation wurden Dialyseärzte allmählich aus ihrem Dilemma erlöst.

Die Persönlichkeitsforschung im Dialysebereich befreite sich vom Anruch des Selektionshandlagers und konzentrierte sich nun mehr auf prognostische Belange. Schwierigkeiten, eine umfassende erfolgreiche Adaptation oder Rehabilitation (in Analogie zur WHO-Definition von Gesundheit) zu definieren und operationalisieren, schildert Malmquist so: "The psychological adjustment of the patient is of great importance for a successful treatment. What is meant by successful treatment? When chronic hemodialysis was introduced ten years ago, treatment was successful if the patients survived. Today the technique is more advanced, and in most cases the patient gets a physically comfortable maintenance dialysis. Thus the goal is placed higher, and the patient is expected to go back to ordinary social life and functions" (1973 II, S. 339).

Während manche Autoren reines Überleben ohne Ansprüche an die Lebensqualität als Adaptation definieren, ziehen andere auch qualitative Kriterien wie psychische Stabilität und Lebenszufriedenheit als Maßstab einer ge glückten Krankheitsbewältigung heran. Meist wird die berufliche Rehabilitation als wichtigster Indikator einer gelungenen Krankheitsbewältigung gewertet.

Dialyse-Schwestern, -Pfleger und -Ärzte sehen ihre Bemühungen um den Patienten vielfach erst dann als erfolgreich an, wenn er in den Arbeitsprozeß zurückkehrt (Abram 1974 b, Czaczkes/Kaplan de-Nour 1978, Halper 1971, Malmquist 1973, Mc Kegney/Lange 1971

Reichsman/Levy 1972). Ihre Wertvorstellungen bestimmen dann mit, welche Lebensweise dem Patienten zugestanden wird.

Die Problematik des Rehabilitationsbegriffes ist zu umfassend, als daß sie hier ausreichend diskutiert werden könnte. Als Abschluß dieses Exkurses soll hier Strotzkas und Grumillers kritische Frage dienen: "Inwieweit ist eine jeweilige Gesellschaft selbst pathogen und begehen wir nicht einen verhängnisvollen Fehler, wenn wir versuchen, in eine solche pathogene Gesellschaft zu rehabilitieren ...? (1972, S. 405).

Um Voraussagen hinsichtlich der Rehabilitationschancen zu ermöglichen, versuchten viele Forscher durch retrospektive Befragungen und Follow-up-Studien den Einfluß von Persönlichkeitsmerkmalen auf Krankheitsverlauf und Bewältigungsprozeß zu erfassen (Abram et al. 1975, Foster et al. 1973, Freyberger 1973a, Greenberg et al. 1975, Hagberg 1974, Kaplan De-Nour/Czaczkas 1976, Levy 1973, Pierce et al. 1973, Procci 1978, Speidel et al. 1975, Vollrath et al. 1977). Diese Untersuchungen sind jedoch meist mit inhaltlichen und methodischen Mängeln behaftet:

- Anstatt prämorbid Persönlichkeitszüge zu erfassen, werden Befunde zur Persönlichkeit des Patienten im prädialytischen Stadium erhoben, d.h. in einer Phase, in der sich die Persönlichkeit des Patienten schon durch den bisherigen Krankheitsverlauf, durch Diagnose und Prognose verändert hat.

Exakterweise ließe sich die prämorbid Persönlichkeit ausschließlich durch prospektive Studien feststellen. Solche Untersuchungen sind jedoch nur schwer realisierbar. Dennoch erscheint der Schluß von Ergebnissen, die kurz vor Beginn der chronischen Dialysebehandlung erhoben wurden, auf die prämorbid Persönlichkeit des Dialysepatienten äußerst fragwürdig.

- Aussagen, die durch retrospektive Befragungen gewonnen werden, sind meist in der Erinnerung verzerrt und oft im Sinne der sozialen Erwünschtheit verändert.
- Unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich dessen, was als erfolgreiche Krankheitsadaptation zu gelten hat, erschweren einen direkten Vergleich der Untersuchungsergebnisse.

Abgesehen von diesen Einwänden werden folgende Persönlichkeitsmerkmale als maßgeblich für eine erfolgreiche Krankheitsbewäl-

tigung betrachtet:

- Intelligenz,
- emotionale Stabilität, Frustrationstoleranz,
- Offenheit,
- Unabhängigkeitsstreben.

Die Auflistung dieser Merkmale stützt sich bislang hauptsächlich auf Vermutungen oder Evidenzerlebnisse; eine experimentelle Überprüfung hinsichtlich ihrer tatsächlichen Bedeutung für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung steht noch aus.

Intelligenz

Angaben zur Prädiktorfunktion der Intelligenz sind vage und diskrepant: So wird von einer "hohen" oder "höheren", von "ausreichender Intelligenz" und "gewissen intelligenzmäßigen Voraussetzungen" gesprochen, die den Adaptationsprozeß begünstigen sollen (Cramond et al. 1967, Ebra/Toth 1972, Freyberger 1973a, Freyberger 1972, Hagberg 1974, Kaplan De-Nour/Czaczkas 1976).

Die wenigen experimentellen Befunde sind widersprüchlich (Greenberg et al. 1973, Sand et al. 1966), da die einzelnen Ergebnisse unter unterschiedlichen Voraussetzungen gewonnen wurden: Manche Autoren erhoben ihre Daten während der Dialyse (Kaplan De-Nour/et al. 1968, Speidel et al. 1975), so daß die Ergebnisse von der für die Dialyse spezifischen psychischen Verfassung des Patienten geprägt sind (Shea et al. 1965).

Untersuchungsergebnisse zur Frage eines hirnorganischen Schadens als Folge der chronischen Dialysebehandlung differieren zum Beispiel stark in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Erhebung.

In einer Studie von Wendland und Looch (1977) fand dieser Aspekt besondere Berücksichtigung. Je nach Zeitpunkt der Datenerfassung - vor Anschluß an die künstliche Niere vs. 24 Std. nach Abschluß - erzielten Dialysepatienten unterschiedliche Resultate in den erhobenen Testverfahren (Reiz-Reaktionsgerät, d 2, LPS, KVT). Grundlegende Teilfunktionen intelligenten Verhaltens - Denkfähigkeit, Ratefähigkeit, Verfügbarkeit allgemeinen Wissens - entsprachen in etwa der gesunden Bevölkerung. "Dagegen sind Aufmerksamkeitsleistungen, Konzentrationsfähigkeit und Re-

aktionsgeschwindigkeit am Tage nach der Dialysebehandlung im Vergleich zu Gesunden deutlich herabgesetzt, während sie unmittelbar vor der Dialysebehandlung nicht signifikant unter dem Durchschnitt von normalen Vergleichsgruppen liegen" (1977, S. 43). Wendland/Looock sprechen deshalb von einem passageren cerebralen Dialysesyndrom.

Näheres zur Diskussion eines hirnorganischen Schadens bei Abram 1969, Blatt/Tsushima 1966, Foster et al. 1973, Hagberg 1974, Kaplan de-Nour et al. 1968, Menzies/Stewart 1968, Short/Wilson 1969 .

Uneinheitliche Untersuchungsmethoden (Testverfahren vs. Interviews) und teilweise sehr kleine oder selektierte Stichproben sind als weitere Ursachen divergierender Befunde zu bedenken: sie lassen keine generalisierbaren Aussagen zu bzw. führen zu Ergebnissen, die als Methodenartefakte zu betrachten sind (Reichsman/Mc. Kegney 1978, Renner et al. 1973).

Während manche Autoren die Ansicht vertreten, daß der intelligentere Patient eher seine Situation begreife und sich mehr bemühe, seinen Lebensstil zu ändern, sehen andere keinen Zusammenhang zwischen Intelligenz und Einhaltung der Diät bzw. Adaptation an die Nierenerkrankung (Blagg 1972, Borkman 1976, Euen 1974, Hagberg 1975, Hampers 1967, Malmquist 1973). Ausschlaggebend dürfte weniger das üblicherweise mit Intelligenztests erfaßte Maß an Wissen und dessen Reproduzierbarkeit sein; notwendig erscheint vielmehr eine Form praktischer Intelligenz, die von der Bereitschaft, sich mit der Krankheit und der Dialyse zu arrangieren, getragen ist (Franke 1980).

Wichtig ist zudem, daß der Patient die ihm auferlegten Beschränkungen verstehen kann (Borkman 1976). Das Funktionieren der künstlichen Niere sollte demnach Patienten und Partnern so erläutert werden, daß diese sich in ihrem persönlichen Erfahrungsbereich angesprochen sehen (Franke 1980).

Emotionale Stabilität

Von emotionaler Stabilität wird dann gesprochen, wenn Symptome wie Angst, Depressionen, Suizidabsichten und/oder psychothische Komplikationen fehlen. Kaplan de-Nour/Czaczkas (1976) und Ziarnik et al. (1977) stellten fest, daß ein hoher Prozentsatz derjenigen Patienten in den ersten Monaten der chronischen Dialysebehandlung starb, die psychisch stark gestört waren.

Malmquist (1973 I) fand heraus, daß Patienten, bei denen im Kindesalter psychiatrische Symptome beobachtet wurden, der Dialysebehandlung gegenüber pessimistisch eingestellt waren; dies wirkte sich wiederum ungünstig auf die Rehabilitation aus. Patienten, die als Kinder keine psychiatrischen Auffälligkeiten zeigten, waren zum Zeitpunkt der chronischen Dialysebehandlung aufgeschlossener, optimistischer, unabhängiger und konnten sich besser an ihre neue Lebenssituation anpassen. Auch Patienten mit klinisch auffälligen psychopathologischen Beschwerden als Erwachsene entwickelten stärkere Ängste gegenüber ihrer Erkrankung.

Ohne Zweifel sind psychische Stabilität und Frustrationstoleranz entscheidend für das Maß dessen, was ein Mensch - unabhängig ob Patient, Partner oder Personal - an psychischen Belastungen Frustrationen und Restriktionen ertragen kann (Ebra/Toth 1972, Freyberger 1973b, Kaplan De-Nour/Czaczkas 1970, Robinson 1971, Sand et al. 1966).

Offenheit

Im psychologischen Sinne wird Offenheit verstanden als die Fähigkeit, Schwächen, Fehler, Ängste, Bedürfnisse etc. anderen gegenüber auszusprechen und zuzugeben. Gerade im Umgang mit Kranken gilt jedoch die verbreitete Einstellung, es sei für den Patienten bzw. seine Familie besser und hilfreicher, deren Ängste und Sorgen nicht anzusprechen. Ärzte, Schwestern/Pfleger, Angehörige fürchten, Angst und Resignation dadurch erst zu wecken. Sie übersehen dabei, daß sie die Patienten oder ihre Angehörigen mit ihren Nöten und quälenden Gedanken alleine lassen und ihre Angst eher erhöhen (Cole et al. 1973, Struck 1976). Im

psychohygienischen Sinne ermöglicht erst eine offene Auseinandersetzung auch eine erfolgreiche Bewältigung von Schwierigkeiten (Bommert 1977, Retan/Lewis 1966, Rogers 1973, Tausch/Tausch 1979).

Nach Ansicht vieler Autoren setzen sich gerade diejenigen Dialysepatienten erfolgreich mit ihrer Krankheit auseinander, die sich frei und offen über ihre Ängste und Aggressionen äußern können (Cramond et al. 1967, Halper 1971, Kaplan De-Nour 1970, Kaplan De-Nour/Czaczkas 1976, Sand et al. 1966). Halper (1971) hält es für den Patienten für besonders wichtig, daß er Ärger, Unbehagen und Enttäuschungen zum Ausdruck bringt, um den inneren Druck und damit Spannungen in der Familie zu reduzieren. Denn: Nicht geäußerter Ärger wird oft entweder gegen die eigene Person gerichtet (Depressionen oder Autoaggressionen) oder auf die Umgebung projiziert.

Die Angst des Patienten, die Zuwendung seiner Familie oder des Personals aufs Spiel zu setzen (vgl. Mac Namara 1967), scheint jedoch weder offen aggressives Verhalten noch versteckte Feindseligkeiten zu erlauben.

Unterdrückte feindselige Impulse, d.h. fehlende Offenheit des Partners oder des Personals dem Patienten gegenüber sehen Shambaugh und Mitarbeiter (1967) als Ursache vieler Fehlleistungen in der Überwachung und Bedienung der Dialyse.

Unabhängigkeitsstreben

Der Einfluß von Abhängigkeits- bzw. Unabhängigkeitswünschen auf den Prozeß der Krankheitsverarbeitung wird unterschiedlich beurteilt (Mc Kegney/Lange 1971, Sand et al. 1966). Der unabhängige Patient tendiere - nach Reichsman/Mc Kegney 1978 - mehr zu einer besseren beruflichen Rehabilitation, der abhängige Patient könne sich dafür leichter mit der Dialyseprozedur arrangieren. Für Mc Kegney und Lange (1971) haben Patienten mit überstarken Un-

abhängigkeitsbedürfnissen schlechte Aussichten auf eine erfolgreiche Bewältigung der Krankheit. Im Gegensatz hierzu sehen Sand et al. (1966) im Streben nach Autonomie eine notwendige Voraussetzung für das Gelingen der Adaptation. Ein abhängiger Patient versuche - dem kindlichen Anklammern ähnlich - alle Verantwortung auf seinen Partner abzuwälzen.

Bis heute liegen keine Untersuchungen vor, welche Eigenschaften es den Mitgliedern des Dialyse-Teams erleichtern, mit den psychischen Belastungen ihres Berufs fertig zu werden. Vermutlich spielen auch für sie die Persönlichkeitsmerkmale 'praktische Intelligenz', 'emotionale Stabilität', 'Offenheit' und 'Unabhängigkeitsstreben' eine wesentliche Rolle.

1.4.1.2. Internalisierte Werte

In diesem Abschnitt soll auf einige Aspekte der Lern- und Lebensgeschichte eingegangen werden, die mit der Krankheitsverarbeitung intervenieren: Bedeutung der Krankheit und biographischer, kultureller und religiöser Hintergrund.

Krankheitsbedeutung

Bestimmte Einstellungen zu Krankheiten - zum Beispiel Krankheit als Last, Gewinn, Fluch, als Schuld und Schicksal - prägen das Verhalten und Erleben des Kranken und seiner Umgebung (Grünzel 1970, Lipowski 1970). Ein Patient, der seine Krankheit benützt, um Erleichterungen, vermehrte Zuwendung, Schonung zu erfahren (Krankheitsgewinn), ist wenig geneigt, sich aktiv um die Bewältigung seiner Situation zu bemühen.

Ein Zusammenhang zwischen Krankheitseinstellung/Krankheitsverhalten und der Richtung der Orientiertheit (Locus of Control) wurde von Goldstein/Reznikoff (1971) und Kilpatrick und Mitarbeitern (1972) aufgezeigt. Sie fanden, daß Dialyse-Patienten sich stark external orientierten, d.h. Ereignisse in ihrem Leben nicht als von ihrem eigenen Verhalten abhängig, sondern als Zufall oder Fügung von außen ansehen. Diätüberschreitung oder Nicht-Beachten

medizinischer Vorschriften sind in diesem Sinne als Folgen einer externalen Orientierung aufzufassen.

Prägend für die Reaktion auf die Krankheit ist ferner die 'Wertigkeit' des kranken Körperteils und die Bedeutung von dessen Ausfall. Sie "wird durch objektive und subjektive Merkmale bestimmt, zum Beispiel Sichtbarkeit von außen (z.B. Haut), vitale Bedeutung (Herz, Lunge, Leber), ebenso durch seine symbolische Bedeutung" (Gaus/Köhle 1979, S. 747). Nach dieser Definition dürfte bei chronisch terminal Nierenkranken eine umfassende Minder-Wertigkeit des Körpergefühls vorhanden sein. Gerade von männlichen Patienten scheint die Unfähigkeit zum Urinieren als einschneidender Mangel erlebt zu werden. Kaplan de-Nour schreibt dem Urinieren folgende Bedeutung zu: "der Urin hat die Bedeutung von Sperma und das Wasserlassen bedeutet Koitus. Es ist anzunehmen, daß das Urinieren nie ganz ent-erotisiert ist ..." (1969, S. 616).

Potenzeinschränkungen und Phantom-Urinieren (Sensationen des Urinierens bei totaler Anurie) könnten somit - wenn man dieser Sichtweise folgen möchte - mit dem Nachlassen bzw. Verlust des Wasserlassens in Verbindung gebracht und im Sinne Adlers als Kompensation der Organminderwertigkeit verstanden werden (Kane/Simes 1977, Schraml 1970).

Biographischer, kultureller und religiöser Hintergrund

Frühere Erfahrungen mit Krankheiten und Lebensveränderungen wirken sich auf die Wahrnehmung der Krankheit und deren Verarbeitung aus (Malmquist 1973, Malmquist 1973, Sand et al. 1966) "The way the patients had dealt with major changes in their lives before the kidney disease predicted the adjustment to treatment" (Malmquist 1973, II, S. 343).

Erst zögernd befaßten sich die Ärzte mit dem Einfluß religiöser oder ideologischer Werte auf die Bewältigung der chronischen Dialyse (Beard 1969, Cramond et al. 1967, 1968, Halper 1971, Retan/Lewis 1966). Foster und Mitarbeiter (1973), Lipowski (1969) und Vincent (1971) fanden einen Zusammenhang zwischen dem katholischen Glauben der Patienten und dem Überleben des ersten Dialysejahres bzw. dem Befolgen ärztlicher Anordnungen. Diese Ergebnisse könnten nach Vincent mit der stark hierarchischen Struktur der katholischen Kirche erklärt werden, die eine Autoritätsgläubigkeit - wichtig auch für das Befolgen ärztlicher Anordnungen - begünstige und psychischen Halt und Geborgenheit zu geben vermöge.

1.4.1.3. Bewältigungs- und Abwehrmechanismen

Jedes Individuum verfügt über ein vielfältiges Repertoire von Bewältigungsmechanismen, mit denen es einem als Bedrohung erlebten Reiz begegnet (Haan 1965, Lazarus 1966, Levitt 1971, Lipowski 1970).

Unter einem Bewältigungs- oder Coping-Mechanismus wird ein bewußtes Angehen der Schwierigkeiten verstanden (Lazarus 1966, Gaus/Köhle 1979, Joraschky/Köhle 1979). Haan (1965), Lipowski (1970) und Levitt (1971) unterscheiden das konstruktive, flexible und realitätsorientierte Coping-Verhalten von dem für Abwehrmechanismen typischen realitätsverzerrenden, rigiden unbewußten Verhalten.

Die Möglichkeit einer aktiven, bewußten Auseinandersetzung mit Belastungen wurde für Dialysepatienten/-partner oft in Abrede gestellt und auch in einer psychotherapeutischen Betreuung nicht zu fördern versucht; vielmehr bediente man sich meist eher zudeckender Verfahren (Freyberger 1973b, 1975, Pach et al. 1977).

Als der häufigste und für Dialysepatienten und -partner charakteristische Abwehrmechanismus gilt die Verleugnung (Beard 1969, Czaczkes/Kaplan De-Nour 1978, Fishman/Schneider 1972, Glassman/Siegel 1970). Diskrepanzen zwischen klinischen Beobachtungen der Patienten oder Eindrücken aus Gesprächen einerseits und test-

psychologischen Untersuchungen andererseits, in denen Angst- und Depressionsscores innerhalb oder sogar unterhalb der Durchschnittsnormen liegen, weisen auf starke verleugnende Tendenzen hin (Ebra/Toth 1972, Finkelstein et al. 1976, Glassman/Siegel 1970, Kaplan de-Nour et al. 1968, Sand et al. 1966, Short/Wilson 1969, Speidel et al. 1970, Strauch-Rahäuser et al. 1977).

Die Meinungen gehen bei der Erörterung der Frage auseinander, ob das Verleugnen eine Adaptation des Patienten an die Dialyse fördere oder hemme. Einige Autoren sehen darin die einzige Chance für den Patienten, mit der Dialyse zu leben (Ebra/Toth 1972, Glassman/Siegel 1970, Hagberg 1975, Lipowski 1970, Short/Wilson 1969, Wright et al. 1966); andere sprechen von "a potential killer for dialysis patients" (Ziarnik et al. 1977). Einigkeit besteht darin, daß die Verleugnung bei stärkerer Ausprägung ein destruktives, lebensbedrohendes Ausmaß annehmen kann: Zum Überleben notwendige Auflagen und Einschränkungen werden ignoriert, medizinische Komplikationen bagatellisiert (Abram 1970, Cazzullo et al. 1973, Halper 1971, Levy 1975, Strauch-Rahäuser 1975). Nach Beobachtungen tiefenpsychologisch orientierter Autoren sind bei Dialysepatienten und deren Partnern folgende weiteren Abwehrstrategien wirksam (Ebra/Toth 1972, Freyberger/Bauditz 1969, Kaplan de-Nour et al. 1968, Mass/Kaplan de-Nour 1975):

- Projektion:

Eigene Empfindungen werden der Umwelt zugeschrieben; z.B. "Ich muß meinen Shunt verstecken, weil er die anderen ekelt" (Kaplan de-Nour et al. 1968, S. 526)

- Reaktionsbildung:

Ummünzen empfundener, aber nicht offen gezeigter Aggressionen in besonders kooperatives, entgegenkommendes oder überbeschützendes Verhalten

- Verschiebung:

Aggressive Gefühle gegenüber dem Personal werden z.B. auf die Familie gerichtet oder Spannungen zwischen den Ehepartnern in Schimpereien über die Umgebung ausagiert (Mass/Kaplan de-Nour 1975)

- Hypochondrie, Hysterie:

Konversion von Belastungen und Problemen in Aufmerksamkeit heischende körperliche Symptome (Short/Wilson 1969, Wright et al. 1966).

Wie leicht jedoch die Abwehr der Patienten zu erschüttern ist, zeigen Erfahrungen der Forschergruppe um Kaplan De-Nour und Shea: Schon kleine Fehlschläge bringen sie aus dem Konzept und versetzen sie in Angst (Kaplan De-Nour et al. 1968, Shea et. al. 1965). Es wird deutlich, daß die Schwierigkeiten auf Dauer nicht tatsächlich bewältigt sind, sondern nur momentan verdrängt werden.

Auch beim Dialyse-Personal wird Verleugnung als Abwehrmechanismus am häufigsten beobachtet. Czaczkes und Kaplan De-Nour (1972, 1978) sind der Ansicht, daß es für das Personal selbst zwar entlastend sei, Probleme zu verleugnen, jedoch dann in der Versorgung der Patienten Schwierigkeiten auftreten würden. Sie fanden, daß die Patienten nicht verleugnender Ärzte die Diät konsequenter einhielten und beruflich besser rehabilitiert waren.

1.4.2. Interpersonelle Faktoren

Wie sich Patient, Partner, Personal wechselseitig in der Bewältigung der Krankheit beeinflussen, ist bislang im wesentlichen aus klinischen Beobachtungen abzuleiten. Systematische Untersuchungen zur Interaktion dieser drei Personengruppen liegen nur vereinzelt vor.

"Für beide, für Patienten, aber auch für ihre Angehörigen ist die Auseinandersetzung mit der Erkrankung belastend. Der Patient benötigt die Unterstützung seiner Angehörigen" (Köhle et al. 1979, S. 827). Die Rolle, die Partner, Familie und Dialysepersonal zukommt, ist von daher die der emotionalen Hilfe und Förderung des Patienten in seinem Adaptationsbemühen (Anger 1975, Freyberger 1973b, Greenberg et al. 1975, Mlott 1974, Mlott/Allain 1974, Steinmetz/Marshall 1973).

Durch die intensive räumliche und emotionale Nähe gewinnen die Familienangehörigen eine ganz besondere Bedeutung:

- Eine stabile, belastbare Partnerbeziehung wird als Kriterium für die Durchführung der Dialyse zu Hause herangezogen.
- Ein befriedigendes Familienleben verbessert die Überlebenschancen des Patienten (Eisendrath 1969, Finkelstein et al. 1976, Foster et al. 1973, Freyberger 1973b, Lipowski 1969, Mc Kegney/Lange 1971, Pentecost 1976, Schoeppe 1973, Streltzer et al. 1976).
- Tod oder Trennung (z.B. durch Scheidung) von einem geliebten Menschen können dazu führen, daß sich der Patient aufgibt und Suizid begeht (Abram et al. 1971, Eisendrath 1969, Foster et al. 1973, Joraschky/Köhle 1979).

Ob nun die Familie oder das Personal dem Patienten ideale Bezugspersonen und seelische Stütze sein können, hängt wesentlich davon ab, wie sie selbst mit den Belastungen der Dialyse fertig werden: Einstellungen zur Krankheit und zum Patienten einerseits und Erwartungen an den Patienten andererseits können es dem Patienten erleichtern oder erschweren, seine Situation zu meistern.

1.4.2.1. Einstellung zur Dialyse

Arbeiten von Kaplan de-Nour und Mitarbeitern (Czaczkas/Kaplan de-Nour 1972, Kaplan de-Nour/Czaczkas 1970, 1971) zeigten zum Teil extrem voneinander abweichende Sichtweisen des Personals verschiedener Dialysestationen. So sah die eine Gruppe in der chronischen Dialyse eine Möglichkeit für den Patienten, zu einem produktiven, relativ glücklichen Leben zurückzufinden. Patienten einer solchen Station erlebten, daß ihr Leben für lebenswert und sinnvoll angesehen wurde und fühlten sich als Person geschätzt. Diese Einstellung ermöglichte ihnen die besten Bedingungen für eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit der Krankheit.

Das Gegenteil war der Fall bei jenem Team, das ein Leben an der künstlichen Niere als schrecklich und nicht lebenswert einschätzte und dem jeglicher Aufwand an Geld, Energie und Mühe überflüssig erschien. Beobachtungen von Foster und Mc Kegney (1977/78) bestätigen diesen Zusammenhang: Zwei ursprünglich vergleichbare Patientengruppen wiesen nach einem Jahr erhebliche Differenzen auf. In Gruppe 1 (Montag-Mittwoch-Freitag-Schicht, diesen Tagen zufällig zugeordnet) wurden im Gegensatz zu Gruppe 2 zum Teil massive Verhaltensauffälligkeiten beobachtet und eine Reihe von Todesfällen verzeichnet. Diese Unterschiede ließen sich mit der Einstellung des Pflegepersonals erklären: Die Montags-Patienten wurden als die "schlechten, hoffnungslosen", die anderen als die "guten" Patienten betrachtet.

Den Hintergrund für die Ablehnung der einen Patientengruppe bildete die Tatsache, daß den Schwestern von Angehörigen dieser Patienten die ganze Verantwortung übertragen worden war. Die Angehörigen hatten sich von ihrem kranken Familienmitglied zurückgezogen und der Schwester die Rolle der Mutter oder Ehefrau zugeschoben. Das Personal wehrte sich gegen diese Rollenzuweisung.

1.4.2.2. Erwartungen an den Patienten

Oft klaffen die an den Patienten gerichteten Erwartungen und die tatsächlichen Möglichkeiten des Patienten weit auseinander (Abram 1974b, Anger 1975, Freyberger et al. 1974, Kaplan De-Nour/Czaczkas 1974). Nur solche Patienten fühlen sich zufrieden und in ihrem Bewältigungsprozeß gefördert, deren Betreuer realistische, den Möglichkeiten des Patienten angepaßte Erwartungen haben. Die von Perry erstellten Gebote spiegeln die teilweise unbewußten unrealistischen Erwartungen des Dialysepersonals an den Patienten wider (1974, S. 25):

"Thou shalt come to the hospital thwice weekly for dialysis.
Thou shalt observe dietary restrictions.
Thou shalt not drink more than 1 000 cc./day.
Thou shalt take your medication as ordered.

Thou shalt not speak of death.

Thou shalt be joyous and thankful for this machine.

And, if thou follow my commandments, I shall give you life."

Aus den Untersuchungen von Kaplan De-Nour und Kollegen wird deutlich, daß die Übereinstimmung in der Einstellung und den Erwartungen innerhalb des Teams eine große Rolle spielt. Ein Team, auf dessen Station ein guter Teamgeist und ein angenehmes affektives Klima anzutreffen ist, strahlt Zufriedenheit aus. Die Patienten fühlen sich wohler und meistern ihre Situation leichter (Fried et al. 1976, Kaplan De-Nour/Czaczkas 1971, Kaplan De-Nour et al. 1972, Lützenkirchen 1974, Reichsman/Mc Kegney 1978).

Da in dyadischen Beziehungen jede Handlung Wirkungen auf den anderen zeitigt - keine Person kann isoliert, das Verhalten einer Person muß immer als Funktion des Verhaltens eines anderen gesehen werden (Laing et al. 1971) - soll nun der Anteil untersucht werden, der dem Patienten bei den gemeinsamen Bewältigungsbemühungen zukommt: Sein psychophysisches Befinden und Verhalten können es der Familie und dem Personal erleichtern oder erschweren, ihre Situation zu meistern.

Je besser sich der Patient fühlt, desto leichter fällt es seinen Angehörigen, ihn zu akzeptieren und sich mit seiner Krankheit abzufinden. Anders ist es, wenn sich der Patient deprimiert fühlt. Meist läßt sich der Partner davon anstecken und beginnt ebenfalls zu resignieren. Depressives Verhalten besitzt jedoch häufig auch Appellcharakter: Der Patient möchte seiner Umwelt signalisieren, daß er vermehrte Zuwendung oder Schonung bedarf. Er versucht durch sein Verhalten intensivere Bemühungen um ihn zu erzwingen (Opfer-Täter-Anteile siehe Dörner/Plog 1978).

Einstellungen, Erwartungen, Wünsche oder Gefühle spielen in der menschlichen Kommunikation eine entscheidende Rolle. Sie können

explizit verbalisiert auf der Inhaltsebene der Kommunikation zum Ausdruck kommen, schlagen sich jedoch weitaus häufiger para- und/oder nonverbal im Beziehungsanteil der Kommunikation nieder (Watzlawick et al. 1974). Decken sich diese beiden Aspekte der Kommunikation (Inhalt und Beziehung), so ist eine ungestörte, offene Kommunikation und Interaktion anzutreffen. Störungen dagegen treten auf, wenn sich verbale und nonverbale Aussage einer Mitteilung widersprechen.

Solche Konstellationen sind in der Beziehung zwischen Patient und Familie bzw. Personal häufig anzutreffen: am ehesten wird vermieden, negativ bewertete Empfindungen, Gefühle, derer man sich schämt oder die abgelehnt werden könnten, offen und direkt, d.h. auf der Inhaltsebene anzusprechen. Angst, Versagen, Depressionen, Hilfs- und Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken, Haß, Überforderung werden abgewehrt bzw. unterdrückt und in der Hoffnung stillgeschwiegen, daß der andere nichts davon merkt.

Ein solcher Mangel an Offenheit scheint charakteristisch für die Kommunikation mit chronisch und unheilbar kranken Menschen (Köhle et al. 1979). "Alle von Sozialwissenschaftlern durchgeführten empirischen Untersuchungen weisen übereinstimmend auf die ausgeprägte Diskrepanz zwischen einem großen Bedürfnis dieser Kranken nach Kommunikation und einem geringen Kommunikationsangebot bzw. einer geringen Kommunikationsbereitschaft bei Ärzten und übrigen Krankenhauspersonal hin" (Köhle et al. 1979, S. 814). Im Gegensatz zur Vermutung vieler Ärzte ist der Wunsch nach offener, rücksichtsloser Information und Kommunikation bei der überwiegenden Zahl der Patienten vorhanden (Dörner/Plog 1978, Köhle et al. 1979, Struck 1976).

Wenn Mitglieder des medizinischen Personals "Lüge als Arznei" und "schonendes Betrügen" für den chronisch Kranken als lebenserhaltende Maßnahmen erachten, so scheint diese Schonung demnach im wesentlichen ihnen selbst zugute zu kommen.

Es hat sich gezeigt, daß Patienten deutlich spüren, wenn Angehörige oder Ärzte nicht offen mit ihnen kommunizieren, ihnen

im Gespräch ausweichen, bestimmte Themen vermeiden oder ihnen ungerechtfertigt Hoffnung machen. Sie sind besonders für indirekte, nonverbale Zeichen sensibilisiert. Rücksichtnahme auf die Schutz- und Abwehrhaltungen ihrer Umgebung (Ärzte, Schwestern/Pfleger, Familienangehörige) läßt die Patienten weniger fragen; das Informationsbedürfnis der Patienten steht dabei in Wechselbeziehung zur Informationsbereitschaft ihrer Mitmenschen. Versteckspielen, mangelnde Offenheit und Abwehr stellt für alle Betroffenen eine permanent zunehmende Belastung dar: "Und ihn quälte diese Lüge; es quälte ihn, daß man nicht eingestehen wollte, was alle wußten, und was auch er wußte, und daß man ihn über seine entsetzliche Lage belügen und ihn zwingen wollte, an dieser Lüge teilzunehmen". (Tolstoi zit. nach Köhle et al. 1979, S. 811).

Gerade der Versuch, unerwünschte, verleugnete Gefühle zu verbergen, scheitert jedoch meist daran, daß sie auch ohne Worte, transverbal (Fischer 1978/79) übermittelt werden. Widersprüchliche oder paradoxe Kommunikationsmuster entstehen. Die sich daraus ergebende Konfusion kann nach Watzlawick und Kollegen (1974) allein durch Metakommunizieren, d.h. Ansprechen des Widerspruchs aufgelöst werden. Ist diese Möglichkeit nicht gegeben, so tritt die aus der Kommunikationsforschung bekannte Double-bind-Situation, Doppelbindung oder Beziehungsfalle auf. Double-bind-Mitteilungen sind gehäuft dort anzutreffen, wo ambivalente Gefühle vorhanden sind.

So drücken Dialysepartner oft gleichzeitig Fürsorge/Angst/intensive Nähe und Haß/Ärger/Belastetsein aus (Finkelstein/Steele 1976, Franke et al. 1978, Mass/Kaplan De-Nour 1975, Shambaugh/Kanter 1969, Shambaugh et al. 1967). Ein solcher Widerspruch kann zu einem Zusammenbruch der familiären Kommunikation führen (Buchanan 1975).

Erlebt man Dialysefamilien gemeinsam, so fällt auf, daß ihre Kommunikation stark eingeschränkt ist und 'negative' Gefühlsäußerungen des Patienten wie Verzweiflung oder Suizidgedanken

ignoriert werden (Friedman et al. 1970 II, Mass/Kaplan de-Nour 1975). Konflikte werden vermieden und vertuscht. Es scheint ein stillschweigendes Abkommen zwischen den Eheleuten zu bestehen, Spannungen und Beziehungsprobleme auszuklammern und nach außen ein harmonisches Leben vorzugaukeln. Nur in seltenen Fällen suchte der Patient eine offene Aussprache über die Bedürfnisse und Wünsche seines Partners (Maurin/Schenkel 1976).

Wie wichtig eine offene Kommunikation für den Patienten ist, zeigen Pentecost und Mitarbeiter (1976): Patienten mit guter intrafamiliärer Kommunikation haben höhere Überlebens- und Rehabilitationschancen und befinden sich in einer stabileren emotionalen Verfassung.

Während in der Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Partner vor allem feindselige Gefühle verleugnet werden und zu Double-bind-Situationen führen können, gerät die Dyade Patient - Schwester/Pfleger/Arzt eher durch nicht akzeptierte Abhängigkeitswünsche in eine Beziehungsfalle (Alexander 1976). Fordert das Dialysepersonal auf der einen Seite (meist verbal) Selbständigkeit und Unabhängigkeit vom Patienten, so kollidieren diese Ansprüche andererseits mit der insgeheim empfundenen Befriedigung, andere von sich abhängig zu wissen (Moore 1972). Es besteht Gefahr, Autonomiebestrebungen des Patienten unbewußt zu verhindern und ihn in einem kindlichen Abhängigkeitsverhältnis zu belassen.

Auch der Patient vermag seinerseits seine Umgebung in Doppelbindungssituationen zu bringen. Mißtrauen gegen den Partner oder das Dialysepersonal führen häufig in eine Beziehungsfalle für den anderen: dieser kann schließlich tun, was er will: er liefert dem Patienten immer Beweise für dessen Mißtrauen.

Double-bind-Situationen können z.B. auch bei forciert demonstriertem Autonomieverhalten und gleichzeitig insgeheim gehegten Abhängigkeits- und Umsorgungswünschen eintreten.

2. KRITISCHE WÜRDIGUNG BISHERIGER UNTERSUCHUNGEN UND KONSEQUENZEN FÜR DIESE ARBEIT

Da die Planungsphase dieser Arbeit Ende 1973 abgeschlossen wurde, fanden demgemäß lediglich Veröffentlichungen bis 1973 Berücksichtigung.

Dieses Kapitel ist deshalb in folgende Abschnitte aufgeteilt:

- Kritische Würdigung der psychologischen Untersuchungen bis 1973.
- Kritische Würdigung neuerer Untersuchungen (d.h. nach 1973).
- Konsequenzen, die sich für diese Untersuchung ergeben.

2.1. Kritische Würdigung der psychologischen Untersuchungen bis 1973

Als sich allmählich die Aufmerksamkeit von technisch-apparativen Problemen der chronischen Hämodialyse mehr auf die psychische Verfassung der Dialysepatienten verlagerte, befaßten sich immer häufiger Veröffentlichungen mit deren Erleben und Verhalten.

Eine Vielzahl von Berichten beruhte jedoch auf globalen Schilderungen ('Augenscheindiagnostik'), ohne daß Versuche einer Operationalisierung unternommen wurden (Abram 1968, 1970, 1972, Bailey et al. 1970, Basch 1974, Blagg 1972, Brech et al. 1971, Cazzullo et al. 1973, Cramond et al. 1967, Curtis 1971, Ebra/Toth 1972, Freyberger et al. 1969, Freyberger/Bauditz 1969, Freyberger/Speidel 1972, Freyberger 1973a, b, Ghantous et al. 1971, Gurland 1968, Halper 1971, Hampers et al. 1965, Hampers/Merrill 1966, Kessel/Kuchenbuch 1967, Muehrcke et al. 1971, Robinson 1971, Smith et al. 1969, Sullivan 1973).

Empirische Bestätigungen bzw. Überprüfungen des psychischen Befindens von Patient und Partner und deren Beziehungsstrukturen blieben aus oder wurden methodisch unzureichend erfaßt. Wenn

auch am heuristischen Wert solcher vereinzelter klinischer Beobachtungen kein Zweifel besteht, so dürfen sie lediglich als Anregung oder Fingerzeig verstanden werden. Problematisch an diesen Einzelbeobachtungen ist, daß sie häufig auf die Psyche der Dialysepatienten schlechthin generalisiert wurden (z.B. Freyberger 1972, 1973b, 1975).

Im Laufe der Jahre wurden mehr psychologische Untersuchungen veröffentlicht, deren Ergebnisse auf empirischen Daten basierten. Es fiel dabei auf, daß sich die Befunde zum Teil widersprachen oder im Gegensatz zu klinischen Beobachtungen standen.

Oft lagen die Ergebnisse im Normbereich, d.h. sie wiesen auf keine psychischen Auffälligkeiten hin. Viele Autoren vermuten, daß die Patienten sich - infolge der starken Verleugnung ihrer emotionalen Schwierigkeiten - in Tests so darstellen, wie sie sich gerne sehen möchten oder wie es ihnen sozial wünschenswert erscheint. Diese Möglichkeit ist den Patienten bei psychometrischen Verfahren eher gegeben. Meist sind die Fragen dieser Tests leicht zu durchschauen. Im Gegensatz hierzu ist bei projektiven Verfahren eine Steuerung der Reaktionen erschwert: die Bedeutung der Antworten ist im allgemeinen dem Laien nicht einsichtig. So verwundert es wenig, daß sich in projektiven Verfahren zum Teil deutlichere Hinweise auf Erlebens- oder Verhaltensauffälligkeiten ergaben. Diesem Vorteil steht jedoch der Vorteil 'härterer' Daten psychometrischer Tests entgegen.

Während inhaltlich diese Diskrepanzen meist als Ausdruck intensiver Verleugnungsmechanismen interpretiert werden (siehe Punkt 1.4.1.3), sind sie methodisch jedoch zum Teil auf die mangelnde Berücksichtigung folgender testtheoretischer und erhebungstechnischer Gesichtspunkte zurückzuführen:

- Umfang und Art der Stichprobe
- Art der Meßinstrumente
- Erhebungsmodus

Stichprobe

Die meisten Untersuchungen basierten bis 1973 auf kleinen Stichproben mit durchschnittlich 10 Patienten (Blatt/Tsushima 1966, Freyberger/Speidel 1972, Glassman/Siegel 1970, Gombos et al. 1964, Halper 1971, Hampers et al. 1965, Harari et al. 1971, Kaplan de-

Nour et al. 1968, Menzies/Stewart 1968, Pentecost 1970, Pierce et al. 1973 a und b, Sand et al. 1966, Schreiner/Maher 1965, Shambaugh et al. 1967, Shambaugh/Kanter 1969, Shea et al. 1965, Short/Wilson 1969, Ullmann 1973, Wright et al. 1966).

Solche Arbeiten lassen unter statistischen Aspekten keine generalisierbaren Aussagen zu, doch ergeben sich aus ihnen Hinweise für weitere experimentelle Nachforschungen.

Größer angelegte Studien ($N > 30$), wurden 1973 erst vereinzelt veröffentlicht (Baillod et al. 1968, Cramond et al. 1968, Daly/Hassall 1970, Huber et al. 1972, Kaplan de-Nour/Czaczkcs 1972, Kilpatrick et al. 1972, Speidel et al. 1970, Strauch et al. 1971). Hier imponieren Erhebungen von Abram et al. (1971), Levy (1973) und Lewis et al. (1969) an 3.478 bzw. 519 bzw. 302 Pbn.

Systematische Fehler, z.B. durch unkontrollierte Vorauswahl und Methodenartefakte, dürften zudem manche Ergebnisse verfälscht haben (siehe Punkt 1.4.1.1., vgl. auch Brengelmann 1968).

Experimentell überprüfte Aussagen zur psychosozialen Situation der Angehörigen lagen nur in Ausnahmen vor (Pentecost 1970, Shambaugh et al. 1967, Shambaugh/Kanter 1969).

Meßinstrumente

Gültigkeit und Aussagewert der verwendeten psychodiagnostischen Verfahren - nicht-standardisierte psychiatrische Interviews, semistrukturierte Gespräche, testtheoretisch nicht gesicherte Fragebogeneigenkonstruktionen, projektive Meßverfahren - sind unter statistischen Gesichtspunkten begrenzt; sie genügen nur unzureichend den Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität. Obwohl projektive Verfahren den Vorteil geringer Durchschaubarkeit haben und von daher weniger leicht verfälscht werden können, so ist auf der anderen Seite durch sie die Gefahr einer tiefgreifenden Verunsicherung der Patienten gegeben. Sie

kann sich als Testangst verzerrend auf die Ergebnisse niederschlagen (Ebra/Toth 1972, Kaplan de-Nour et al. 1968) oder eine Testverweigerung bedingen (Foster et al. 1973, Kaplan de-Nour et al. 1968).

Psychometrische Testverfahren wie Intelligenztests und standardisierte Persönlichkeitstests wurden damals nur vereinzelt eingesetzt (Blatt Tsushima 1966, Foster et al. 1973, Glassman/Siegel 1970, Kaplan de-Nour et al. 1968, Kerrick 1969, Pentecost 1970, Sand et al. 1966, Short/Wilson 1969, Teuwsen 1975, Teuwsen et al. 1971).

Selbst bei gleichen diagnostischen Instrumenten unterschieden oder widersprachen sich oftmals die Befunde. Dies betraf vor allem Intelligenzmessungen mittels HAWIE (Blatt/Tsushima 1966, Ebra/Toth 1972, Kaplan de-Nour et al. 1968, Sand et al. 1966, Short/Wilson 1969), und Persönlichkeitsuntersuchungen anhand der Rorschach-Tafeln (Blatt/Tsushima 1966, Cazzullo et al. 1973, Ebra/Toth 1972, Kaplan de-Nour et al. 1968).

Es ist zu vermuten, daß sich hierin weitere Faktoren niederschlagen, die über mangelnde statistische Bedingungen oder die Deutung von Verdrängungsmechanismen hinausreichen.

Wie allgemein von psychologischen Untersuchungen bekannt, hängen ihre Ergebnisse in hohem Maße von der Motivation der Vpn ab. Etliche Autoren berichteten Ablehnung der Dialysepatienten gegenüber psychologisch/psychiatrischen Untersuchungen (Foster et al. 1973, Glassman/Siegel 1970, Kaplan de-Nour et al. 1968). Manch einer scheiterte an ihrer mangelnden Bereitschaft zur Mitarbeit oder mußte sich den von ihnen gestellten Bedingungen fügen (Kaplan de-Nour 1968, Glassman/Siegel 1970).

Solche Erfahrungen zeigten, daß die Bereitschaft von Dialysepatienten, sich an einer Untersuchung zu beteiligen, in deutlichem Zusammenhang zur Art und Weise der Datenerhebung stand.

Durchführungsmodus

Da die Datenerhebung bei diesen Patienten oft recht große Prob-

leme wie z.B. Testverweigerung aufwirft, wurden die Untersuchungen unter sehr unterschiedlichen situativen Bedingungen durchgeführt.

Einige Forscher schickten die Fragebogen den Patienten zu: hier spielen z.T. ökonomische Erwägungen eine Rolle wie zum Beispiel bei Levy (1973), aber auch Schwierigkeiten der Forscher, vom Team angenommen zu werden. Glassman/Siegel (1970) berichten, daß sie nicht nur von den Patienten, sondern vor allem vom Personal als Eindringlinge erlebt wurden, wodurch ihre Integration mißlang; Glassman und Siegel mußten erkennen, daß Erhebungen in Kliniken ohne Allianz des Personals unmöglich sind; sie kapitulierten vor diesen Schwierigkeiten und mußten ihre Fragebogen daraufhin per Post verschicken.

Widerstände konnten am ehesten dadurch abgebaut werden, daß man die Patienten vorher intensiv über Sinn und Zweck der Untersuchung informierte (Greenberg et al. 1973) oder - wie Ebra/Toth (1972) aufgrund ihrer Erfahrungen mit Hausbesuchen feststellten - den Patienten in seiner häuslichen Umgebung aufsuchte. Hier fühlten sich die Patienten eher entspannt und gaben bereitwillig Auskunft über persönliche Schwierigkeiten.

Ähnliche Erfahrungen machten Kaplan de-Nour und Kollegen (1968): Sie waren gezwungen, ihre Tests während der Dialyse vorzulegen, da keiner der Patienten bereit war, 'freie' Zeit zu opfern.

Gerade aber durch die Datenerhebung während der Dialyse können zusätzliche Verfälschungen der Ergebnisse hervorgerufen werden. Wie schon oben erwähnt, stellte sich heraus, daß Patienten während der Dialyseprozedur emotional belasteter und angespannter sind (vgl. Shea et al. 1965); es ist anzunehmen, daß unter diesen Umständen andere Befunde zustandekommen als außerhalb der Dialyse.

Diese Beobachtungen unterstreichen die Bedeutung der Atmosphäre für die Untersuchung und deren Ergebnisse. Bisherige Veröffentlichungen nehmen jedoch selten Stellung zu diesem Problem oder Rücksicht auf derartige Einflüsse.

2.2. Kritische Würdigung neuerer Untersuchungen (das heißt nach 1973)

Es muß überraschen, daß das Dilemma psychologischer Forschung auf dem Gebiet der chronischen Hämodialyse, welches Anlaß zur vorliegenden Arbeit bot - nämlich experimentell ungesicherte Aussagen aufgrund kleiner Stichproben und nicht-standardisierter Meßverfahren bzw. auf Beobachtungen oder Evidenzerlebnisse basierender Aussagen - sich in den letzten Jahren nur unwesentlich verringerte (Untersuchungen mit kleinem N: Abramson et al. 1975, Brown et al. 1974, Brown et al. 1978, Greenberg et al. 1975, Greenberg, M. 1977, Hagberg 1974, Heinrich/Slevin 1977, Holden 1978, Levy/Wynbrandt 1975, Mass/Kaplan de-Nour 1975, Maurin/Schenkel 1976, Pinney 1976, Pritchard 1974; Untersuchungen mit nicht-standardisierten Verfahren bzw. Beobachtungen: Abram 1974 a,b, Albert et al. 1974, Alex 1978, Anger 1975, Anger/Anger 1974, 1975, 1976, Armstrong 1978, Beard 1975, Buchanan/Abram 1976, Foster/Mc Kegney 1977/78, Hartmann/Becker 1978, Kane/Simes 1977, Kaplan de-Nour/Czaczkas 1974, 1975, 1976, Kaplan de-Nour et al. 1974, Landsman 1978, Levy 1975, 1978 c Mock/Kopel 1977, Pritchard 1977, Procci 1978, Stewart/Johansen 1976/77, Strauch-Rahäuser 1975, 1977, Whatley 1975).

Einige wenige Untersuchungen fallen aus dem Rahmen methodisch ungenügender Ansätze. Hier sind insbesondere Erhebungen von Balck et al. (1978), Pach et al. (1978), Speidel et al. (1975) und Wendland/Looch(1977) zu beachten. Sie genügen vom Umfang der Stichprobe und der Art der psychodiagnostischen Instrumente (standardisierte Testverfahren) test-theoretischen Kriterien und erlauben somit generalisierbare Aussagen. Legt man ^{an} diese Untersuchungen die gleichen methodischen und inhaltlichen Maßstäbe bezüglich Stichprobe, Verfahren und Erhebungsmodus, an denen diejenigen vor 1973 kritisch gemessen wurden (vgl. Punkt 2.1.), so ergibt sich folgendes Bild:

Stichprobe

Was die Zahl der in die Untersuchungen eingegangenen Pbn betrifft, so erfüllen sie statistische Anforderungen in zufried-

denstellendem Maß (Balck et al. N = 186 Patienten, 150 Partner; Pach et al. N = 83 Patienten; Speidel et al. N = 60 Patienten; Wendland/Looock N = 27 Patienten).

Auf eine umfassende empirische Beschreibung der psychosozialen Situation der chronischen Hämodialyse wird meist zugunsten einer spezifischen Fragestellung verzichtet. So finden lediglich bei Balck und Mitarbeitern das psychische Befinden des Dialyse-Partners und die Interaktion zwischen Patient und Partner Eingang.

Während zum Zeitpunkt der vorliegenden Versuchsplanung und Datenerhebung Vergleiche mit Kontrollgruppen historisch und sachimmanent noch nicht angezeigt waren (Stufe von Pilotuntersuchungen, die zunächst ein deutliches Bild über das interessierende Phänomen ergeben sollen), wundert es, daß solche Kontrollen in neueren Untersuchungen erst sporadisch durchgeführt werden. Hier bilden Speidel und Kollegen eine Ausnahme, die die Ergebnisse von chronischen Dialysepatienten zu denen anderer Organprotheseträgern (Herzklappen, Hüftendprothesen) in Beziehung setzen. Allerdings böte sich auch der Vergleich mit weiteren chronisch körperlich kranken Menschen an, die unter dem Aspekt der Abhängigkeit und/oder eingeschränkten Lebenserwartung parallelisierbar wären. Zu denken wäre u.a. an Multiple-Sklerose-Kranke oder Querschnittsgelähmte.

Meßverfahren

Wie schon oben erwähnt, entsprechen die meisten der von den zitierten Autoren verwendeten Testinstrumente (FPI, 16 PF, MAS, LPS GT, Hamburger Depressionsskala etc.) den statistischen Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität.

Erhebungsmodus

Auf eine systematische Kontrolle der Untersuchungsbedingungen, speziell der Datenerhebungsphase, wurde auch in diesen Arbeiten im großen und ganzen verzichtet. Situative und/oder psychophysische Momente, die in die Beantwortung der Fragen eingehen, dürften von daher schwer kontrollierbar sein. Dies betrifft in er-

ster Linie die Untersuchungen von Balck et al., Pach et al. und Speidel et al.: Sie erhoben die Daten zum Teil während der Dialyseprozedur oder verschickten die Fragebogen, so daß unklar bleibt, unter welchen Umständen diese ausgefüllt wurden. Für diese Befunde gelten die schon unter Punkt 2.1. diskutierten Bedenken. Wendland und Looock, in deren Ansatz der zeitliche Abstand zur Dialysebehandlung als unabhängige Variable einging (s.o.), stellen in dieser Reihe eine Ausnahme dar.

2.3. Konsequenzen, die sich für diese Untersuchung ergeben

Zieht man das Resümée aus diesen Kritikpunkten, so lassen sich folgende Feststellungen treffen:

1. Bei einigen psychosozialen Phänomenen der chronischen Niereninsuffizienz standen bis dato generalisierbare empirische Überprüfungen aus; dies betraf
 - Auswirkungen der chronischen Dialysebehandlung auf die psychische Struktur des Dialysepatienten und des Dialysepartners
 - Interaktion zwischen Patient und seiner wichtigsten Bezugsperson
 - psychosoziale Adaptationsphasen
 - prämorbid Persönlichkeit des chronisch Nierenkranken anhand prospektiver Studien (siehe Punkt 1.4.1.1.)
 - Persönlichkeit des Dialysepersonals und Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur infolge der Tätigkeit im chronischen Hämodialyseprogramm
2. Die meisten Aussagen beruhen auf empirisch nicht abgesicherten Beobachtungen (Augenscheindiagnostik, Evidenzerlebnissen) oder statistisch unzureichenden Datenerhebungen (N um 10).
3. Die verwendeten psychodiagnostischen Verfahren vieler Untersuchungen genügen nicht den statistischen Gütekriterien und/oder lösen aufgrund ihrer Undurchsichtigkeit und Un-

strukturiertheit zum Teil massive Ängste aus, die zum Testabbruch führen können.

4. Aus den mangelnden Angaben und der geringen Berücksichtigung der Durchführungsbedingungen ist zu vermuten, daß die Dependenz der Ergebnisse von den Versuchsbedingungen bislang negiert und/oder unterschätzt wurde.

Diese Überlegungen gingen ein in

- die Wahl der Fragenkomplexe, denen in der vorliegenden Arbeit nachgegangen werden sollte (siehe 3. spezielle Fragestellung) und in
- die Methodik der Arbeit, das heißt in Art und Umfang der Stichprobe, der Meßverfahren und der Erhebung (siehe 4. Versuchsanordnung).

3. SPEZIELLE FRAGESTELLUNG

Im Gegensatz zu früheren selektionsorientierten Studien spielte in dieser Untersuchung dieser Aspekt keine Rolle. Ziel dieser Arbeit war es vielmehr, psychologisch/psychiatrische Behandlungsangebote zu entwickeln, mit denen Dialysepatienten und deren Angehörige bei der Bewältigung der Krankheit und den damit verbundenen psychischen Schwierigkeiten geholfen werden sollen (siehe 8. Konsequenzen aus dieser Arbeit).

Dieses Vorhaben schien insofern angezeigt, als diese Personen unter einer Vielzahl von Belastungssymptomen leiden, die sich auf die Überlebens- und Rehabilitationschancen hinderlich auswirken (siehe Punkt 1.4.2. der Darstellung des Problembereiches). Da auf dem Gebiet gerade solcher psychosozialer Belastungssymptome von chronisch Nierenkranken und deren Partnern bislang wenige experimentell fundierte Ergebnisse vorlagen, kam der vorliegenden Arbeit teilweise der Charakter einer explorativen oder Pilotstudie zu. Mit ihr sollten im deutschsprachigen Raum erstmals aussagekräftige, generalisierbare Daten erhoben werden.

Klar definierte, empirisch begründete Hypothesen waren zum damaligen Zeitpunkt noch nicht möglich und notwendig, da "zumindest bei dem gegenwärtigen Kenntnisstand ... Untersuchungen ... keiner vorherigen Hypothesen über zu erwartende Zusammenhänge" bedürfen; "solche Zusammenhänge sind vielmehr erst nach Abschluß der Datenerhebung zu bestimmen" (Schönpflug 1969, S. 22; vgl. auch Selg 1966).

3.1. Fragenkomplexe

Aus der Fülle von Einzelbefunden wurden 4 Themenkreise ausgewählt, bei denen eine genauere experimentelle Überprüfung noch ausstand:

- die psychosoziale Situation des Dialysepatienten
- die psychosoziale Situation des Partners bzw. nächsten Angehörigen

- die Art der Interaktion zwischen Patient und Bezugsperson
- der Verlauf der psychosozialen Adaptation an die chronische Dialysebehandlung.

Zu diesen Problembereichen wurden folgende Fragen formuliert:

Zur psychosozialen Situation von Dialysepatienten und -Partnern

1. Unterscheiden sich Dialysepatienten und deren Partner in ihrer Persönlichkeitsstruktur von der Normalbevölkerung?
2. Zeigen sich diesbezüglich Unterschiede in Abhängigkeit von der Dialyseform?
3. Gibt es Unterschiede in der Selbstschilderung von Dialysepatienten und -Partnern?
4. Wie zufrieden ist der Patient mit sich?
5. Welche psychische Verfassung ist für Dialysepatienten/-partner zu Beginn der chronischen Dialysebehandlung kennzeichnend?

Interaktion

6. Wie wird der Patient/Partner vom anderen gesehen und verstanden?
7. Welche Bedürfnisse und Erwartungen werden an den Patienten gerichtet und in welchem Verhältnis stehen sie zu seinem Selbstverständnis?
8. Wie wird die Beziehung zwischen Patient und Partner gesehen: bestehen Übereinstimmungen oder Diskrepanzen in der Beurteilung? Welche Rolle spielt der Partner für den Patienten und umgekehrt?

Verlauf

9. Welche Persönlichkeitsveränderungen durchlaufen der Dialysepatient und sein Partner im Verlauf der Dialysebehandlung?
10. Treten im Laufe der Zeit Veränderungen in den Paarstrukturen auf?

3.2. Operationalisierung der dieser Arbeit zugrundeliegenden Fragenkomplexe

3.2.1. Stichprobe

Entsprechend der Fragestellung sollte eine möglichst umfangreiche Gruppe von chronischen Hämodialysepatienten und -Partnern untersucht werden.

Unter dem Partner wurde diejenige Person verstanden, die mit dem Patienten zusammenlebt bzw. von ihm als seine nächste Bezugsperson bezeichnet wurde. Im Falle der Heimdialyse entsprach die Hilfsperson dieser Beschreibung.

Ein Stichprobenumfang von 30-50 Paaren wurde angestrebt.

3.2.2. Untersuchungsgrößen (Variablen)

Mit dieser Arbeit sollten folgende drei Bereiche erfaßt werden:

- . Persönlichkeit des Patienten und seines Partners
- . Interaktion zwischen Patient und Partner
- . Persönlichkeitsveränderungen im Laufe der Zeit

Persönlichkeit des Patienten und seines Partners

Umfangreiche Beobachtungen zur psychischen und psychosozialen Situation chronisch Nierenkranker und ihrer Familienangehörigen weisen auf zum Teil schwere Störungen des psychischen Befindens und Selbstwerterlebens hin. Hier handelt es sich im wesentlichen um folgende Persönlichkeitsmerkmale: Depressivität, Nervosität-Gereiztheit, Irritierbarkeit, Minderwertigkeitsgefühle, emotionale Labilität, Gehemmtheit, Aggressivität, Kontaktstörungen, Ängstlichkeit.

Diese Variablen sollten in einer Querschnittsanalyse auf ihren Ausprägungsgrad überprüft werden.

Ebenfalls sollten Anhaltspunkte zum Maß der vom Patienten selbst erlebten 'psychischen Gesundheit' und Selbstakzeptierung ge-

funden werden. Hierfür bot sich das für Erfolgskontrollen psychotherapeutischer Veränderungsprozesse häufig verwendete Verhältnis von Real- und Idealselbstschilderung an. Diskrepanzen bzw. Konkordanzen zwischen realem und idealem Selbstbild können - folgt man diesem von Rogers und Dymond 1954 konzipierten Ansatz - als Operationalisierung herangezogen werden.

Dieses Kriterium findet in der heutigen Psychotherapieforschung fast ausschließlich als Maß von Selbstwertschätzung und seelischer Gesundheit Eingang (Beckmann/Richter 1979, Böckenförde et al. 1974, Eckensberger 1978, Frohburg in Helm 1972, Rogers/Dymond 1954, Seitz 1980). Dennoch scheint die Interpretation der Differenzwerte umstritten. Pöhn (Besprechung seiner Arbeit in GwG-Info 15, 1974, S. 23) stellte hierzu fest, daß Individuen mit starken repressiven Abwehrmechanismen ('Repressors') nur eine geringe Selbst-Ideal-Diskrepanz aufweisen, dementsprechend nach Rogers jedoch als gesunde Persönlichkeiten diagnostiziert würden. 'Sensitizers' dagegen - die einer 'fully functioning person' im Sinne von Rogers eher entsprechen - zeigten eher diskrepante Werte, das heißt sie würden folglich als 'fehlangepaßt' und gestört charakterisiert werden. In diesem Sinne könnten auch Ergebnisse der von Koch (1975) befragten Ärzte verstanden werden. Real- und Wunschbild zeigten derart große Übereinstimmungen, daß hier - analog der 'Repressors' sensu Pöhn - eine narzißtische Selbstüberschätzung vermutet werden kann.

Ein kritischer Umgang mit diesem Kriterium als Maß psychischer Gesundheit scheint angezeigt, wobei besonders hohe und niedrige Differenzwerte einer vorsichtigen Interpretation bedürfen. Es kann angenommen werden, daß die qualitative Aussage über das Verhältnis beider Bilder einer inversen U-Kurve folgt.

Interaktion zwischen Patient und Partner

Obwohl gerade für die Heimdialyse die Bedeutung der Beziehung zwischen den Partnern schon länger erkannt wurde, lagen 1973 außer von Pentecost (1970, N = 9 Familien) noch keinerlei empi-

rische Daten zum Komplex der innerfamiliären Kommunikation und Interaktion vor. Es muß davon ausgegangen werden, daß die Art der Kommunikation sowohl die Auseinandersetzung mit der Krankheit und veränderten Lebenssituation als auch die Bereitschaft zu einer gemeinsamen Problembearbeitung prägt. In der Kommunikations- und Interaktionsforschung wird eine offene, direkte, nicht anklagende Kommunikation generell als notwendig für eine konstruktive Problemlösung erachtet (vgl. Berlin, J. 1977).

Eine indirekte, unoffene Kommunikation steht demnach einer ungestörten Beziehung entgegen. Nach Rogers (1959) und Willi (1975) gilt eine Beziehung als umso gefährdeter und gestörter, je mehr Bereiche aus der wechselseitigen Wahrnehmung ausgeklammert werden. Die Genauigkeit in der Beurteilung des Partners korreliert - Beckmann et al. (1973, 1978, 1979) und Laing et al. (1971) zufolge - mit der Zufriedenheit in der Beziehung/Ehe. "... The greater the agreement between the individual's self-description and an objective description of him, the less perceptual defensiveness he will show, and the more adequate will be his personal adjustment" (Rogers in Koch 1959, S. 202).

Diese Aussagen ermöglichen eine Operationalisierung der Interaktion durch die Beziehung der Selbst- und Fremdeinschätzungen (Selbstbild, Fremdbild). Bei nicht gestörten Paaren ist von daher eine höhere Übereinstimmung zwischen den gegenseitigen Sichtweisen zu erwarten als bei gestörten Paaren (vgl. Laing et al. 1971). Analog der Zufriedenheit des Patienten mit sich (s.o. Verhältnis Selbst-Idealbild) soll aus der Divergenz bzw. Konvergenz der entsprechenden Fremdbilder des Partners (Fremd-, Fremdeidealbild) ein weiterer Hinweis auf die Zufriedenheit des Partners mit dem Patienten abgeleitet werden.

Persönlichkeitsänderungen

In der Literatur wird übereinstimmend von einer phasenhaften Entwicklung gesprochen, in der sich der Dialysepatient an Krankheit und Dialysebehandlung psychisch adaptiert.

Im allgemeinen werden drei Phasen von durchschnittlich 6-12 Wochen geschildert (s.o.), die nach 6-9 Monaten in den Zustand eines psychischen Äquilibriums münden sollen.

Im Rahmen einer Verlaufsanalyse soll überprüft werden, ob sich in dieser Zeitspanne Veränderungen in der Selbstwahrnehmung, mit Hilfe der verwendeten psychodiagnostischen Instrumente bestätigen lassen.

3.2.3. Meßverfahren

In Anbetracht der unter Punkt 3.2.2. formulierten Untersuchungsgrößen und aus Gründen der Durchführungs- und Auswertungsökonomie empfohlen sich folgende standardisierte Verfahren:

FPI Freiburger Persönlichkeits-Inventar (Fahrenberg/Selg/Hampel 1973²) mit den Skalen

Nervosität
Aggressivität
Depressivität
Erregbarkeit
Geselligkeit
Gelassenheit
Dominanzstreben
Gehemmtheit
Offenheit
Zusatzskalen: Extraversion
Emotionale Labilität
Maskulinität

GT Gießen-Test (Beckmann/Richter 1972)

Selbst-Bild
Fremdbild
Ideal- bzw. Fremdidéalbild
mit den Skalen des GT

Soziale Resonanz

Dominanz

Kontrolle

Grundstimmung

Durchlässigkeit

Soziale Potenz

Diese Testverfahren ermöglichen die Erfassung der für Dialysepatienten typisch beschriebenen Persönlichkeitsmerkmale sowie das Maß ihrer Bemühungen, Schwächen und Schwierigkeiten zu kaschieren oder zu verleugnen (FPI Skala 9 'Offenheit', GT Skala 5 'Durchlässigkeit').

Brauchbare, d.h. auf ihre Güte überprüfte dialysespezifische Fragebögen standen 1973 noch nicht zur Verfügung. Strauchs 'sozialpsychiatrischer Fragebogen' (1971) befand sich derzeit noch in Überarbeitung und konnte deshalb nicht übernommen werden (persönliche Mitteilung Strauch).

3.2.4. Erhebungsmodus

3.2.4.1. Probleme der Durchführbarkeit

Vielerlei Faktoren mußten für das Design berücksichtigt werden, um optimale Bedingungen zur Datenerhebung zu schaffen und Hemmfaktoren soweit wie möglich auszuschalten.

Solche Hemmfaktoren lassen sich unter folgenden drei Punkten zusammenfassen:

- Schwierigkeiten in Zusammenhang mit der Institution Krankenhaus
- Vorbehalte der Patienten und Partner gegenüber Untersuchungen
- Grenzen, die einem alleinigen Untersucher gesetzt sind.

Institutionelle Hemmfaktoren

In unserem Krankenversorgungssystem, das fast ausschließlich somatisch-organisch orientiert ist, werden psychische Anteile einer Erkrankung wie Einstellung zur Krankheit, Krankheitsverhalten und -erleben bislang stark negiert. Es ist daher nahelegend, daß Psychologen/Psychotherapeuten in allgemeinen Krankenhausinstitutionen als überflüssig und störend erlebt werden. Skepsis, Ängste, Ablehnung von allem, was mit 'Psycho' beginnt (Psychologisierung der medizinischen Versorgung, Psychologe, Psychotherapeut, Psychosomatiker, Psychiater) äußern sich zum Teil in massiven Vorurteilen und Boykottversuchen. Obwohl auf dem Gebiet der Betreuung chronisch Kranker immer wieder betont wird, wie entscheidend psychische Komponenten für die Krankheitsbewältigung seien, ist es bezeichnend, daß auf wiederholte Forderungen nach einer auch psychologisch-psychotherapeutischen Versorgung keinerlei Konsequenzen folgen.

Im Gegensatz zur Lage in den USA ist der Klinische Psychologe an deutschen Krankenhäusern eine Seltenheit. Seine Anwesenheit wird nicht als Selbstverständlichkeit empfunden; das heißt er hat zunächst beim Personal die erste Hürde für seine Anerkennung zu überwinden. Da bislang psychosoziale Untersuchungen meist 'von außen', das heißt nicht durch Teamangehörige durchgeführt wurden, und werden, fühlen sich auch die Patienten irritiert. Hierzu schreibt Mac Namara: "... It was considered that a patient who had already established good relationships with staff might well feel threatened by the introduction of another person whose function was not directly related to medical treatment" (1967, S. 1231).

In diesem Zusammenhang darf der Einfluß des pflegerischen und ärztlichen Personals auf den Patienten nicht unterschätzt werden. Empfindet das Team die Fragestellung als notwendig und verspricht es sich selbst auch einen Gewinn von ihrer Antwort, so wird es den Untersucher unterstützen und die Patienten zur Teilnahme anhalten. Ist dies nicht der Fall, so liegen zahlreiche - bewußte und unbewußte - Möglichkeiten in der Hand der Schwestern/Pfleger/Ärzte, die Patienten gegen die Untersuchung einzunehmen. Diese

Erfahrung berichten vor allem Glassman und Siegel (1970). Dies legte auch für die vorliegende Arbeit eine intensive Zusammenarbeit mit dem Dialysepersonal nahe, da es sich auch hier um einen Untersucher 'von außen' handelte. Vorurteile, Bedenken, Ängste mußten von daher als erstes abgebaut und die Teammitglieder für die Untersuchung motiviert werden (vgl. 4. Versuchsanordnung).

Vorbehalte von Patienten und Familienangehörigen gegen Untersuchungen

In zahlreichen Veröffentlichungen wird die ablehnende, mißtrauische Haltung von Dialysepatienten erwähnt. Meist werden diese Vorbehalte als Abwehrversuche interpretiert. Es wird vermutet, daß chronische Dialysepatienten alles zu verhindern suchen, was ihre strikt aufrechterhaltene Verleugnung bedrohen könnte. Dieses Verhalten ist auch bei ihren Familienangehörigen zu beobachten, die Schwierigkeiten in der Bewältigung der Krankheit und der Beziehung bagatellisieren oder negieren (vgl. Mass/Kaplan de-Nour 1975).

Es ist anzunehmen, daß psychologische Untersuchungen große Ängste auslösen. Shea et al. (1965) weisen darauf hin, welche Verunsicherung für die Patienten von Untersuchungen oder Neuerungen ausgeht:

"Each innovation in technique and every new study that is initiated brings a new episode of anxiety" (1965, S. 562). Test-situationen werden als Stress erlebt; Kaplan und Mitarbeitern fiel auf, daß die Patienten sich ständig danach erkundigten, wie sich die anderen Mitpatienten verhielten und wie diese die Fragen beantwortet hätten (1968). Offensichtlich befürchteten sie, nicht 'normal' zu sein und waren darauf bedacht, im Sinne sozialer Normen nicht aufzufallen. Erwartungsgemäß stieg die Angst bei unstrukturierten Tests, das heißt als die Testsituation für die Patienten schwer kontrollierbar war.

"Both the fear and the anger often lead to the same result, namely that the patient is hesitant to be evaluated and resistant to

the testing situation" (Greenberg et al. 1973, S. 274). Es entsteht der Eindruck, daß manche Patienten befürchten, aufgrund ihrer Ergebnisse nicht ins Dialyseprogramm aufgenommen zu werden. Diese Befürchtungen - von Greenberg und Mitarbeitern als unrealistisch abgetan - scheinen jedoch deswegen nicht abwegig zu sein, weil Patienten tatsächlich unter psychologischen Gesichtspunkten selektiert wurden und zum Teil werden.

Besondere Bedingungen sind bei Patienten von Universitätskliniken gegeben. Zahlreiche Vorerfahrungen mit vorhergehenden Studien prägen sie; Skepsis und Vorbehalte werden förmlich aufgebaut, da sie sich meist als Versuchskaninchen ausgenutzt fühlen. Dieser Eindruck entsteht vor allem dadurch, daß ihnen selten oder nie Untersuchungsergebnisse bekannt gegeben werden. Es dürfte den meisten Nachfolgern daten- und forschungszentrierter Forscher so ergehen wie dem Verfasser dieser Arbeit, daß nämlich zunächst die durch seine Vorgänger zurückgelassenen Aggressionen und Frustrationen aufzuarbeiten waren, um überhaupt eine kooperative Ausgangsbasis zu erhalten.

Um eine solche Basis für eine gute Zusammenarbeit zu schaffen, muß sich ein Untersucher vor Beginn der Datenerhebung darum bemühen, Ängste, Vorbehalte, Abwehr seiner Probanden soweit als möglich zu beheben und sie zur Mitarbeit zu motivieren. Dies erfordert einige Vorarbeit in Form persönlicher Kontakte und eine offene, partnerschaftliche Auseinandersetzung mit bestehenden Ängsten und Widerständen. Nur so besteht die Aussicht auf eine ausreichende Motivation zur Teilnahme an der Untersuchung (vgl. 4. Versuchsanordnung). Absichtliche Verfälschungen in der Beantwortung der Fragen oder hohe Ausfallquoten von Probanden können hiermit gering gehalten werden.

Dieses Vorgehen - persönliche Kontakte mit den zukünftigen Versuchspersonen zur Beseitigung von Widerständen zur Motivierung - beinhaltet andererseits auch Gefahrenquellen: unkontrollierbare Effekte wie sie zum Beispiel in der Hawthorne-Studie oder

von Rosenthal beschrieben wurden, können die Ergebnisse beeinflussen (Näheres unter 5.3. 'Bedingungen, die nicht konstant gehalten werden konnten'). Wägt man jedoch die Vor- und Nachteile eines umfassenden 'Warming-up' ab, so stehen die positiven Auswirkungen - Motivation und Bereitwilligkeit zur Untersuchung - eindeutig im Vordergrund. Es darf nicht übersehen werden, daß Ergebnisse, die nur an hochmotivierten Pbn gewonnen wurden, ohne diejenigen zu berücksichtigen, die eine Teilnahme verweigerten, von der Aussage für die Praxis nur begrenzt verwendbar sind.

Grenzen, die durch den Untersucher gesetzt sind

Beschränkungen in der Planung der vorliegenden Arbeit waren vor allem durch die personelle Kapazität eines alleinigen Untersuchers gegeben. Da das Charakteristische an empirischem Neuland gerade darin zu sehen ist, daß eine Vielzahl offener Fragen auf eine experimentelle Klärung wartet und zu einer intensiven Bearbeitung reizt, ist es für eine Einzelperson schwer, sich auf einige Punkte zu konzentrieren. Ein optimales Vorgehen kann auf solchen Gebieten nur durch ein Forscherteam gewährleistet werden. Trotz mehrfacher Bemühungen konnte dieses Ziel für die vorliegende Arbeit nicht verwirklicht werden.

Abstriche von der ursprünglich vorgesehenen, idealerweise konzipierten Versuchsplanung mußten hieraus resultieren. Dem Anspruch - ein Optimum an wissenschaftsinformativen Aussagen gemessen an praktischen und ökonomischen Gesichtspunkten zu erreichen - sollte mit nachfolgender Versuchsanordnung nachgekommen werden. Bedingungen, die aus ethischen Gründen nicht konstant gehalten werden konnten, und eine kritische Würdigung dieses Ansatzes sollen im Anschluß (Punkte 5.3. und 6.) diskutiert werden.

3.2.4.2. Durchführungsplanung

Oben genannte Widerstände und eine wenig belastbare Bereitschaft zur Mitarbeit machten einen Durchführungsmodus notwendig, der sich im wesentlichen am Entgegenkommen der Dialysefamilien orientierte. Der Untersucher wählte deswegen Einzeluntersuchungen bei Pbn zu Hause. In diese Entscheidung gingen Erfahrungen anderer Autoren (Ebra/Toth 1972, Glassman/Siegel 1970) und des Personals mit vorherigen Experimentatoren auf der Dialysestation der Universitätsklinik Freiburg ein (s.o.). Durchführungsökonomische Vorteile von zentralen Gruppenerhebungen wurden zugunsten eines weitgehend gering gehaltenen zeitlichen und finanziellen Aufwandes für die Pbn zurückgestellt.

Um jedoch die Untersuchung auch für den Untersucher in einem zumutbaren Rahmen zu halten, wurde auf die testpsychologische Erfassung derjenigen Familien verzichtet, die weiter als 150 km von Freiburg entfernt wohnten (Näheres siehe 7. Ergebnisse).

Für die Verlaufsanalyse war eine dreimalige Messung im Abstand von drei Monaten vorgesehen.

Befunde von Shea und Mitarbeitern (1965) und Hinweise anderer Autoren (z.B. Wendland/Loock 1977) über das starke Ausmaß psychischer Beanspruchung während der Dialyseprozedur legten nahe, die Testerhebung auf dialysefreie Tage zu legen. Die Testsitzungen sollten - Hinweisen des Betreuungspersonals zufolge - 1 1/2 Stunden möglichst nicht überschreiten, um den Patienten physisch, konzentrationsmäßig und psychisch nicht zu überfordern

4. VERSUCHSANORDNUNG

4.1. Stichprobe

In die Stichprobe aufgenommen wurden alle Patienten des chronischen Dialyseprogramms der Universitätsklinik und des Dialyse-Trainings-Zentrums Freiburg aus dem Umkreis von 150 km sowie

deren Partner (Definition s.o.). Dies waren im Frühjahr 1974 mit Beginn der Datenerhebung 75 Patienten und 71 Partner (4 Patienten waren ledig und ohne nächstehende Beziehungsperson).

4.2. Untersuchungsgrößen (Variablen)

Die Fragestellung machte einen multivariaten Ansatz mit folgenden Unabhängigen, Abhängigen und Kontroll-Variablen erforderlich:

Variablenliste

Unabhängige Variablen	Abhängige Variablen	Kontrollvariablen + Patient Partner
1. Personengruppe, d.h. Patient-Partner	1. Depressivität 2. Aggressivität 3. Nervosität 4. Reizbarkeit	. Art der Dialyse . Alter . Geschlecht . Familienstand . Zahl der Kinder
2. Dialyseform, d.h. Kliniks-, Heimdialyse +	5. Geselligkeit 6. Gelassenheit 7. Dominanzstreben	. bei Verheirateten: Dauer der Ehe . Art der Verwandtschaft zum Patienten
3. Zeit	8. Gehemmtheit 9. Offenheit, Durchlässigkeit 10. Extraversion 11. Emotionale Labilität 12. Maskulinität 13. Soziale Resonanz 14. Soziale Potenz 15. Kontrolle	. Beruf . Schulbildung . Einwohnerzahl der Wohngemeinde . Dauer der Nierenerkr. . Dauer der chronischen Dialysebehandlung . Anzahl der bisherigen Transplantationen . Transplantationsvorhaben . Häufigkeit von Komplikationen . Art der Komplikationen
+ 1973 wurde in Freiburg noch keine Limited-Care-Dialyse durchgeführt	Limitierung der AV aus Gründen geringer psychophysischer Belastbarkeit der Patienten	+ Zur näheren Beschreibung der Stichprobe und Erfassung sozialpsychologischer, biographischer Daten.

4.3. Meßverfahren

In Anbetracht der unter 'Probleme der Durchführbarkeit' (Punkt 3.2.4.1.) angeführten Reserviertheit der Pbn und deren zum Teil geringen Bereitschaft zur Teilnahme und Belastbarkeit (3.2.4.2.) fiel die Wahl auf folgende Testverfahren:

FPI - Kurzform (Skalen siehe 3.2.3.)

GT - Selbstbild (s.o.)

GT - Fremdbild

GT - Ideal- bzw. Fremdidealbild.

Bei der Version des Ideal- und Fremdidealbildes des Gießen-Tests wurde die Instruktion der Realbilder (entsprechend Beckmann/Richter 1972, Beckmann mündliche Mitteilung 1973) durch einen geringfügigen Zusatz geändert. Eine Neuformulierung der Items in eine Wunschform erwies sich nach Beckmann (persönliche Mitteilung 1973) und Böckenförde et al. (1974) als unnötig.

Für die Kontrollvariablen wurde ein Patienten- bzw. Partner-Fragebogen (siehe Anhang) konstruiert.

5. DURCHFÜHRUNG

5.1. Kontaktphase

Der Erhebung der Daten wurde eine Kontaktphase vorgeschaltet, mit der folgende Ziele verfolgt wurden:

- . Vertrautwerden mit der chronischen Hämodialyse, deren Belastungsfaktoren und -reaktionen
- . Herstellen des Kontaktes zum Patienten, seinem Partner und zum Personal
- . Abbau von Ängsten und Vorurteilen dem Psychologen gegenüber
- . Motivierung zur Teilnahme an der Untersuchung durch den Aufbau eines Vertrauensklimas zwischen den Patienten/Partnern und dem Psychologen
- . Motivierung des Personals zur Unterstützung der psychologischen Untersuchung

. Integration des Psychologen in das Dialyseteam.

In dieser Kontaktpphase nahm der Versuchsleiter an ärztlichen Visiten, Team-Patientenbesprechungen, dem Ausbildungsunterricht für zukünftige Heimdialysepatienten und an Hausbesuchen teil. Der Psychologe suchte in Gesprächen den Kontakt zu den Patienten und zum Personal aufzubauen. Er bemühte sich über den gesamten Untersuchungszeitraum um die Unterstützung und Motivierung des Dialyseteams, zum Beispiel durch Bestreiten einzelner Unterrichtsstunden und Zwischenberichte über den Stand der Befragung.

5.2. Untersuchungsablauf

5.2.1. Ankündigung

Die Testphase wurde eingeleitet durch ein Schreiben des ärztlichen Leiters der Dialysestation (siehe Anhang), der die Patienten und ihre Familien auf die psychologische Untersuchung und deren Ziele (Hilfsangebote) hinwies und sie um ihre Mitarbeit bat.

Diesem Schreiben war ein Brief des Psychologen beigelegt (siehe Anhang), in welchem einige nähere Informationen über Sinn und Zweck, Art und zeitlichen Aufwand der Untersuchung gegeben wurden. Mit ihm sollte der Angst vor Selektion entgegengewirkt werden. Anonymität für die Testunterlagen (mittels Code-Nummern) und Stillschweigen über die Gesprächsinhalte wurden zugesichert. Die Hausbesuche im Rahmen der Testerhebungen 2 und 3 wurden ebenfalls jeweils mit einem Schreiben des Versuchsleiters angekündigt. (siehe Anhang)

Erst nach dieser Vorbereitung wurde mit der Erhebung der Daten begonnen.

5.2.2. Versuchsablauf

5.2.2.1. Setting

Die Befragung des Patienten und seiner Bezugsperson wurde getrennt durchgeführt. Hiermit wurden zwei Ziele verfolgt:

- Patient und Partner sollten frei und offen über ihre Sorgen und Probleme sprechen können, ohne die Reaktion des anderen fürchten zu müssen,
- Patient und Partner sollten sich beim Ausfüllen der Fragen nicht beeinflussen; es sollte verhindert werden, daß sie sich während der Testerhebung mitteilen, wie sie die Fragen beantworteten bzw. wie der andere ankreuzen sollte.

Hierfür war gerade bei den ersten Malen die Unterstützung des VL durch einen zusätzlichen Testleiter erforderlich. Der Untersucher war der Auffassung, daß es speziell beim 1., aber zum Teil auch beim 2. Testdurchgang notwendig war, sich beiden Pbn intensiv widmen zu können und ihnen im Anschluß an die Erhebung zu einem Gespräch unter vier Augen zur Verfügung zu stehen. Dies war schon deshalb nötig, um die Patienten/Partner zur weiteren Mitarbeit zu motivieren.

Der Psychologe suchte bei den ersten beiden Untersuchungsterminen die Familien folglich gemeinsam mit einem Praktikanten auf. Aus Gründen konstanter Durchführungsbedingungen wurde vorher festgelegt, daß der Psychologe sich immer um den Patienten, der Praktikant um den Partner kümmerte.

Jeder Praktikant führte eine Testperiode von Anfang bis Ende durch. Für die Praktikanten wurde eine Phase des Vertrautwerdens mit der chronischen Hämodialyse der Datenerhebung vorgeschaltet. Sie lernten den technischen Vorgang, die medizinische Problematik und die üblicherweise auftretenden Erlebens- und Verhaltensauffälligkeiten dieser Population durch ausgewählte Veröffentlichungen, Besprechungen mit dem Dialysepersonal und dem VL und durch Beobachtungen 'vor Ort', das heißt auf einer Dialysestation kennen. In dieser Zeit wurden sie - sofern dies notwendig war - angeleitet in der Handhabung der Testbatterie und

in patientenzentriertem Gesprächsverhalten.

Auch beim 3. Testtermin wurden Patient und Partner gebeten, die Fragebogen getrennt, das heißt möglichst in zwei verschiedenen Zimmern auszufüllen. Der VL pendelte zwischen beiden. Da die Testverfahren mittlerweile bekannt waren, hatten die Pbn keine größere Mühe mehr damit, sie auszufüllen.

5.2.2.2. Warming-up

Bevor die Pbn gebeten wurden, die Fragen zu bearbeiten, führten VL und Praktikant gemeinsam mit der Familie ein kurzes Gespräch, in dem sie sich ihnen vorstellten und Kontakt knüpften. Dieses Vorgespräch von durchschnittlich 15-30 Minuten diente dem Warming-up der Dialysefamilie mit den Versuchsleitern und umgekehrt. Es wurde bei dieser Gelegenheit bekannt gegeben, daß ihnen ihre Ergebnisse in Form einer Beratung einzeln mitgeteilt würden, falls sie daran interessiert seien.

5.2.2.3. Testphase

Die vorgesehene Testbatterie wurde in einer festgelegten Reihenfolge vorgegeben:

. Schriftliche, standardisierte Instruktion (siehe Anhang), die allen Verfahren vorausgeschickt wurde. Sie weist darauf hin, daß es keine richtigen oder falschen Antworten gebe, da es sich bei den vorliegenden Verfahren nicht um Intelligenztests handle. Dem Pb wurde darin auch mitgeteilt, daß er vor jedem Fragebogen eine weitere spezielle Anleitung vorfinde.

. Testbatterie in der Reihenfolge GT - S
GT - F
FPI - K
GT - I/FI

In die Reihung waren folgende Gesichtspunkte eingegangen:

- Eine Abfolge der 3 GT - Erhebungen unmittelbar hintereinander sollte vermieden werden
- Die Schilderung des Wunschbildes (I/FI) sollte nach und in zeitlichem Abstand zur realen Selbst/Fremdschilderung erhoben werden, um Erinnerungseinflüsse auf die Darstellung der Idealvorstellungen möglichst gering zu halten.

Diese Abfolge wurde für alle drei Erhebungen beibehalten.

- . Der Fragebogen zu den biographischen Daten (für Patient und Partner verschiedene Versionen) wurde immer an das Ende der Testbatterie gesetzt, weil hierfür keine Gefahr von Positionseffekten bestand.

Versuchsplan

Zeit	Patient	Partner
T 1	Warming - up VL + TL 1 Testbatterie VL	Testbatterie TL 1
	3 Monate Pause	
T 2	Warming- up VL + TL 2 Testbatterie VL	Testbatterie TL 2
	3 Monate Pause	
T 3	Warming - up VL Testbatterie VL	Testbatterie VL

VL: Verfasser

TL 1: Student, männlich, cand.psych.

TL 2: Dipl.-Psych., männlich, Stud.med.

5.3. Bedingungen, die nicht konstant gehalten werden konnten

Im Gegensatz zu Laborexperimenten ist unter Feldbedingungen der hohe Anspruch einer exakten, von sämtlichen Störeinflüssen freien Datenerhebung nicht realisierbar (vgl. auch Campbell/Stanley 1970 nach Eckensberger 1978). Ethische Gründe zwingen den Untersucher klinischer Stichproben - dies um so mehr bei chronisch Kranken mit begrenzter Lebenszeit - zu Abstrichen und Verzichten an methodischer Durchführungsexaktheit zugunsten der Pbn.

Im vorliegenden Falle waren lediglich minimale Zugeständnisse notwendig, die hin und wieder durch Verständnisschwierigkeiten beim Ausfüllen der GT-Versionen (vor allem im Umgang mit der Skalierung, der standardisierten GT-Instruktion oder einzelnen Items) auftraten. Der VL/TL gab so knapp und neutral wie möglich die notwendigen Erklärungshilfen, um Beeinflussungen zu vermeiden. Bei zwei Patienten war wegen Erblindung das Ankreuzen der Fragen durch den VL erforderlich. Mit Beiden wurde diese Möglichkeit besprochen und ihnen eingeräumt, auf die Untersuchung zugunsten ihrer Anonymität zu verzichten. Sie vertrauten jedoch der ihnen zugesicherten Diskretion und Schweigepflicht und beantworteten alle Fragen mit großer Offenheit (erkenntlich aus den sog. Lügenfragen des FPI). Nicht möglich war es, Erwartungshaltungen zu erfassen oder auszuschließen. Feststeht, daß die Bereitschaft der meisten Teilnehmer aus Gefälligkeit ihrem leitenden Dialysearzt gegenüber und aus der Hoffnung auf psychische Unterstützung durch den VL entstand. Diese Hintergründe wirkten sich ausschließlich positiv auf die Untersuchung (Beteiligung) aus.

5.4. Auswertung

Für die Auswertung der vorliegenden Daten wurden folgende statistische Verfahren benötigt:

t - Tests für abhängige und unabhängige Stichproben
Signifikanzprüfungen für Korrelationskoeffizienten

Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient

Ähnlichkeitskoeffizient nach Cattell (siehe Baumann 1971).

Unterschiedliche Stichprobenzusammensetzungen im Vergleich zu den Eichstichproben im Hinblick auf wesentliche soziographische Daten wie Alter und Geschlecht würden eine Korrektur der vorliegenden Stichprobenzusammensetzung notwendig machen. Korrekturschätzwerte bzgl. des Geschlechts zeigten, daß diese unwesentlich von den tatsächlichen Mittelwerten abwichen.

In Anlehnung an Berechnungen von Koch und Mitarbeitern (siehe Balck et al. 1978), nach denen sich die Werte der adjustierten Stichprobe ebenfalls nur geringfügig von nicht korrigierten Werten unterschieden, wurde auf eine Adjustierung in dieser Untersuchung verzichtet. Hier spielten darüber hinaus Erwägungen eine Rolle, durch weitere Aufteilungen der Stichproben die Komplexität des vorliegenden Datenmaterials nicht noch zusätzlich zu verdichten (bei FPI würde es sich dabei um eine Reihe von Mehrfaktoren handeln wie aus der Altersaufteilung ersichtlich wird) und damit eine effektive Auswertung zu verkomplizieren.

6. VERGLEICH DES EXPERIMENTELLEN ANSATZES DER VORLIEGENDEN UNTERSUCHUNG MIT DEM DER HAMBURGER STUDIE (BALCK ET AL. 1978).

Da der experimentelle Ansatz dieser Untersuchung dem der Hamburger Studie von Balck et al. in vielen Punkten entspricht, sollen diese beiden Untersuchungen hier nochmals explizit miteinander verglichen werden.

Die Tatsache zweier zwar zeitlich verschobener, jedoch inhaltlich paralleler Untersuchungen (Datenerhebung Franke: Frühjahr 1974, Balck et al.: Frühjahr 1975; Veröffentlichung bzw. Abschluß der Arbeit: Balck et al. 1978, Franke 1980) illustriert ein allgemeines Dilemma heutiger Forschung. Dieses Beispiel

macht deutlich, daß viele Experimentatoren, vor allem wenn sie Forschungsneuland betreten, in gegenseitiger Unkenntnis voneinander arbeiten. Viele Untersuchungen - zum Beispiel im Rahmen von Diplom- oder Doktorarbeiten - bleiben unveröffentlicht und sind von daher nur Insidern zugänglich. Unfruchtbares Arbeiten, Wiederholungen von Fragestellungen sind deswegen schwer vermeidbar. Meist erfährt man nur und erst dann von ähnlichen Untersuchungen, wenn diese bereits abgeschlossen bzw. veröffentlicht wurden. Überschneidungen, wie sie am Beispiel von Balck et al. und der vorliegenden Arbeit deutlich werden, zeigen, daß Forderungen nach einem der Fragestellung vorgeschalteten gewissenhaften Literaturstudium (vgl. unter anderem Selg 1966) heutzutage nicht mehr allein genügen. Sie könnten lediglich durch eine Kontaktnahme mit den entsprechenden Institutionen, in diesem Falle mit den größeren Dialysezentren Deutschlands vermieden werden. Während beide Arbeiten sich um die Erhellung des psychosozialen Befindens von Dialysepatient und -partner und deren Interaktion bemühen, bestehen in folgenden Punkten wesentlich Unterschiede: Stichprobenumfang, Verfahren, Erhebung.

Stichprobe

Entsprechend der Überlegungen unter 'Grenzen eines alleinigen Untersuchers' imponiert die Hamburger Studie (Team) durch eine umfangreiche Stichprobe (186 Patienten, 150 Partner).

Allein der Vergleich der absoluten Zahlen ist unbefriedigend und einseitig. Wesentliche Informationen sind der prozentualen Beteiligung der Pbn an der Datenerhebung zu entnehmen. Der Eindruck einer sehr großen Stichprobe wird unter diesem Gesichtspunkt deutlich geschmälert: die Rücklaufquote betrug bei Balck et al. nämlich für die Patienten lediglich 57%. Bedenkt man, daß demzufolge nur ca. die Hälfte aller angesprochenen Patienten bereit war, die Fragebogen ausgefüllt zurückzugeben, so wird der Aussagewert dieser Ergebnisse beträchtlich reduziert. Dem steht in der vorliegenden Arbeit (N-Patienten: 59, N-Partner: 57) eine Beteiligung von 92% der Patienten zu Zeitpunkt 1

und 75% von Zeitpunkt 1-3 entgegen.

Diese gravierenden Unterschiede könnten mit dem Durchführungsmodus in Zusammenhang gebracht werden: Im Gegensatz zu Balck et al. war der VL dieser Untersuchung während der Bearbeitung der Fragen anwesend. Er ging erst, nachdem der Patient und Partner alle Bögen ausgefüllt hatten, während jene Heimdialysepatienten und Partner die Unterlagen per Post oder durch den Patienten erhielten. Für solche Erhebungsformen sind Rücklaufquoten von 50-60% allerdings die Regel.

Darüber hinaus bleibt - bei einer Formulierung, daß insgesamt 330 Patienten angesprochen worden waren - zu vermuten, daß jenes Sample eine Vorauswahl aus der Gruppe aller potentieller Pbn der erfaßten Dialysezentren darstellt. Der Exaktheit und Transparenz halber wird in der vorliegenden Arbeit im Gegensatz zu jener zwischen N_{total} und $N_{relativ}$ unterschieden (Näheres siehe 'Ergebnisse'). Da erfahrungsgemäß aus dem Gesamtpatientenpotential einer Dialysestation sich einige Patienten immer für eine testpsychologische Untersuchung als ungeeignet erweisen - zum Beispiel hochurämische oder sterbende Patienten - wird die nach diesen Abzügen verbleibende Zahl als $N_{relativ}$ definiert.

Meßverfahren

Analog der vorliegenden Untersuchung wählten Balck und Mitarbeiter zur Operationalisierung ihrer Fragestellung folgende standardisierten Persönlichkeitstests:

FPI Freiburger Persönlichkeits-Inventar und
GT Gießen - Test.

Unterschiede betreffen die verwendeten Versionen: Während sich Balck et al. für die Halbform des FPI und die Selbst- und Fremdbeschreibung des Gießen-Tests entschieden, wurde in vorliegender Versuchsanordnung der FPI-Kurzform und Selbst-, Fremd- und Idealschilderung der Vorzug gegeben.

Beide Arbeiten waren zwar als Verlaufsuntersuchung konzipiert, doch bedienten sich Balck und Kollegen einer retrospektiven Erfassung der Persönlichkeit. Dieser Ansatz birgt die Gefahr von Erinnerungsverzerrungen im Sinne der sozialen oder individuellen Erwünschtheit (siehe Punkt 1.4.1.1.).

Mit Hilfe weiterer Meßinstrumente - Dialysefragebogen zum Erleben der Dialysesituation (Knieß/Budäus/Speidel), standardisierter Aggressionsfragebogen (Koch 1974), Fragebogen zur Erfassung der Unzufriedenheit zwischen Freundes- und Ehepartnern (Balck) - wurde bei Balck et al. (1978) eine umfassendere Beschreibung der psychosozialen Situation von Dialysefamilien möglich.

In Anbetracht der umfangreichen und infolgedessen auch zeitaufwendigen Testbatterie ist zu überlegen, ob ein Pbn-Schwund unter anderem auch darauf zurückzuführen ist, daß die Motivation für diesen Einsatz nicht ausreichend war.

Erhebungsmodus

Unbeachtet blieben in diesem Hamburger Ansatz mögliche Fehler- einflüsse aufgrund unkontrollierter Erhebungsbedingungen wie sie schon bei der Interpretation der niederen prozentualen Beteiligung diskutiert wurden. Es kann angenommen werden, daß diese nicht nur die Zahl der Teilnehmer drückten, sondern darüber hinaus in die Beantwortung der Fragen eingingen.

Unter Berücksichtigung dieser Vorbehalte ist ein Vergleich beider Stichproben sinnvoll. Ergänzungen oder Bestätigungen könnten ein abgerundeteres Bild über den Dialysepatienten und dessen Partner ergeben.

7. ERGEBNISSE

Zunächst sollen die aus Untersuchungsbeteiligung und Sozialdaten resultierenden Ergebnisse (Kontrollvariablen) zusammengefaßt werden. Im zweiten Teil werden die Persönlichkeitsdaten der Dialysepatienten und -partner dargestellt.

7.1. Soziographische Daten

Erläuterung der in den folgenden Abschnitten verwendeten Abkürzungen und Symbolik:

Gesamt	Gesamtgruppe von Patienten bzw. Partnern, nicht nach Kliniks- oder Heimdialyse unterteilt
ZHD	Zentrums-, Kliniksdialyse
HHD	Heimdialyse
PAT	Patient
PRT	Partner
SPAT	Selbstbild Patient (Gießen-Test)
SPRT	Selbstbild Partner
FPAT	Fremdbild des Patienten, das heißt wie der Patient den Partner darstellt
FPRT	Fremdbild des Partners, das heißt wie der Partner den Patienten schildert
IPAT	Idealbild des Patienten
FIPRT	Fremd-Idealbild des Partners, das heißt wie der Partner sich den Patienten wünscht.

In den Tabellen entspricht der 1. Wert jeweils der in der Tabelle zuerst aufgeführten Bezeichnung; zum Beispiel Vergleich SPAT - SPRT: 1. Wert $\rightarrow$ SPAT; 2. Wert $\rightarrow$ SPRT.

7.1.1. Analyse der Untersuchungsbeteiligung

- a) Zum Zeitpunkt des Untersuchungsbeginns befand sich folgende Anzahl von Patienten im chronischen Dialyseprogramm der

Universitätsklinik und des Dialysetrainingszentrums Freiburg:

N_{total} = 147 Patienten und Partner (71 Paare, 5 Singles⁺)

Anzahl der Personen

	ZHD	HHD	Total
PAT	32	44	76
PRT	27	44	71

b) Wie bei klinischen Populationen allgemein der Fall, waren einige Patienten aus folgenden Gründen zur Teilnahme an der Untersuchung nicht in der Lage:

- Intellektuelle Überforderung
- sehr schlechter Allgemeinzustand, wenn Patient zum Beispiel hochurämisch war oder im Sterben lag.
- Sprachschwierigkeiten
- ökonomische Gründe, zum Beispiel Entfernung.

Unter diesen Gesichtspunkten reduzierte sich die Zahl der Pbn um 9 Paare und 2 Singles wie folgt:

- 2 ZHD - Paare, da Patient hochurämisch oder in schlechtem Allgemeinzustand
- 2 ZHD - Paare, da Patient intelligenzmäßig überfordert war (dies stellte sich bei der 1. Testung heraus)
- 5 HHD - Paare, da Entfernung zu Freiburg mehr als 150 km (siehe Punkt 3.2.4.2.)
- 2 ZHD - Singles, da Ausländer mit unzureichenden deutschen Sprachkenntnissen.

+ Als Singles werden alleinstehende Patienten ohne nähere Beziehungspersonen bezeichnet.

Diese Stichprobe - als N_{relativ} definiert (siehe Punkt 6.) - umfaßte die potentiell zur Untersuchung geeigneten Patienten und Partner:

N_{relativ} = 126 (62 Paare, 2 Singles)

Anzahl der Personen

	ZHD	HHD	Total
PAT	25	39	64
PRT	23	39	62

Beteiligung der Patienten und Partner über den Untersuchungszeitraum

c) Von diesen potentiellen Pbn beteiligten sich entsprechend folgendem Zahlschlüssel an der Untersuchung:

		T 1						T 2						T 3					
	PAT	ZHD		HHD		Total		ZHD		HHD		Total		ZHD		HHD		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	PAT	23	92	36	92	59	92	19	76	32	82	51	80	18	72	30	77	48	75
	PRT	21	91	36	92	57	92	15	65	30	77	45	73	15	65	30	77	45	73

Natürl. zu T 1 = 116 (57 Paare, 2 Singles); zu T 2 = 96 (45 Paare, 4 Patienten - keine Beteiligung des Partners an T 2, 2 Singles); T 3 = 93 (45 Paare, 1 Patient - Partner aus Untersuchung abgesprungen, 2 Singles)

Schwankungen zwischen den Zeiten entstanden im wesentlichen durch 'Abspringer', wobei einige Pbn nur für einen Testzeitpunkt (meist T 2) aus der Untersuchung 'ausgestiegen' sind. Lediglich 1 Familie (HHD) schied aus, weil der Patient verstorben war.

- d) Die Teilnahme über den gesamten Untersuchungsverlauf von T 1 bis T 3 ergab folgendes Bild:

$N_{T1-3} = 90 \text{ Pbn (43 Paare, 2 Patienten, 2 Singles)}$

	ZHD		HHD		Total	
	f	%	f	%	f	%
PAT	18	72	29	74	47	73
PRT	14	60	29	74	43	69

- e) Unter dem Gesichtspunkt verwertbarer Testdaten mußte ein übermäßiger Schwund hingenommen werden. In dieser endgültigen Stichprobe waren ausschließlich Patienten enthalten, deren psychodiagnostische Unterlagen vollständig (das heißt keine unbeantworteten Items⁺) und vollzählig (das heißt die gesamte Testbatterie von Patienten und Partnern über alle drei Testzeitpunkte) vorhanden waren:

	ZHD				HHD				Total			
	GT		FPI		GT		FPI		GT		FPI	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
PAT	14	56	14	56	29	74	27	69	43	67	41	64
PRT	14	61	13	57	29	74	25	61	43	69	38	61

- f) In Anlehnung an die Fragestellung (Fragen 5,6,7,8,10) wurden folgende Untergruppen gebildet:

$N_{\text{Ehepaare T 1-3}} = 34$

$N_{\text{'Neulinge' T 1-3}} = 12$

+) Die automatische Auswertung des FPI findet nur bis maximal 3 unbewerteten Items statt.

7.1.2. Analyse der soziographischen Daten

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse dargestellt, die anhand der Kontrollvariablen (siehe Punkt 4.2.) ermittelt wurden. Die Beschreibung dient der Charakterisierung der Stichprobe unter soziographischen Aspekten. Sie basiert auf den Angaben der über die gesamte Untersuchung konstanten Pbn (N = 43, außer Sozialdaten aus FPI, Alter, Geschlecht, Beruf, Schulbild, EWZ).

a) Alter

Alter in Jahren	Patienten (f)	Partner (f)
15-20	1	2
21-30	12	9
31-40	14	14
41-50	22	15
51-60	8	10
> 60	2	2

b) Geschlecht

Geschlecht	PAT (f)	PRT (f)
männlich	38	15
weiblich	21	37

c) Familienstand der Patienten

	Ledig	verlobt/ zus.leben	verheiratet	geschieden	verwitwet
ZHD	3	0	8	2	1
PAT					
HHB	2	1	26	0	0

d) Art der Verwandtschaft des Partners zum Patienten

	(Ehe-)Paare	PAT = Kind	PAT = Mutter/Vater
ZHD	9	1 Vater	1 (PRT = Kind)
PRT		3 Mütter	
HHD	26	2 Mütter	1 (PRT = Kind)

e) Dauer der Ehe bei verheirateten Patienten

	< 6 Mon.	6 Mon.-2J.	2-4 J.	4 J.	5-7 J.	7-8 J.	≥ 9 Jahre
ZHD	-	-	-	-	-	-	9
Ehen(f)							
HHD	2	-	3	-	-	3	18

f) Zahl und Alter der Kinder

	< 3 Jahre	4-6 J.	7-14 J.	15-18 J.	19-20 J.	> 20 Jahre
Zahl d. Kinder	4	5	25	16	3	18

g) Beruf

	Patient	Partner
Freier Beruf	0	0
Höherer Beamter, Leitender Angestellter	5	2
Beamter, Angestellter	13	12
Selbständiger	0	0
Facharbeiter	4	7
Arbeiter	3	6
Hausfrau	6	22
Schüler, Student, Lehrling	0	1
Rentner-Pensionär	28	2

h) Schulbildung

	Volksschule	Mittlere Reife	Abitur
PAT (f)	44	10	5
PRT (f)	44	7	1

i) Einwohnerzahl der Wohngemeinde

Weniger als 2.000	: 19
Weniger als 100.000	: 35
Mehr als 100.000	: 5

j) Dauer der Nierenerkrankung

Krankheit bekannt seit ... Jahren	Anzahl der Patienten
ca. 1/2- 1 Jahr	5
2 - 4 Jahre	8
5 - 7 Jahre	9
8 - 10 Jahre	6
> 10 Jahre	13

k) Dauer der chronischen Dialysebehandlung

Dialysealter	PAT - ZHD	PAT - HHD
bis 12 Monate	6	11
13 - 24 Monate	2	11
2 - 4 Jahre	1	7
4 - 5 Jahre	2	0
> 5 Jahre	3	0

1) Anzahl bisheriger Transplantationen bzw. Transplantationswunsch

	bisherige Transpl.	Transpl.Wunsch
ja	2 PAT	6 PAT
nein	40 PAT	36 PAT

m) Häufigkeit und Art von Komplikationen

Komplikationen (Art)	Häufigkeit
Kreislauf	7
Herz	1
Galle	1
Shunt	6
Punktieren	11
ohne Angabe, ja	1
keine Komplikationen	22

7.2. Persönlichkeitsdaten

In Anbetracht der Vielzahl und Vielfältigkeit der erhobenen Daten sollen die Ergebnisse - der Übersicht halber - nach folgenden Gesichtspunkten dargestellt werden:

- Selbstwahrnehmung von Patient und Partner
- Fremdwahrnehmung von Patient und Partner
- Wunschvorstellungen bzgl. des Patienten
- Selbst-, Fremd- und Idealbilder von Dialyse-'Neulingen'
- Interpersonelle Wahrnehmung.

Die Diskussion der Befunde erfolgt im Anschluß an die Darstel-

lung und Beschreibung der Ergebnisse.

Bei den Mittelwerten des FPI handelt es sich entsprechend der Kurzform um Quartilwerte; bei den Gießen-Test-Daten um T-Werte. Zu beachten ist für die Beschreibung und Diskussion der GT-Ergebnisse, daß die Skalen - im Gegensatz zu FPI - nicht einheitlich gepolt sind. Während für die GT-Skalen 1,3 und 4 ein hoher Wert auch einem hohen Ausprägungsgrad in dieser Dimension entspricht, ist dieses Verhältnis bei den Skalen 2,5 und 6 umgekehrt: niedere Werte beinhalten einen hohen Ausprägungsgrad.

Zu den Signifikanzen:

Signifikanz auf dem 1%-Niveau = sehr signifikant (s.s.)	..
Signifikanz auf dem 5%-Niveau = signifikant (s.)	*
Signifikanz auf dem 10%-Niveau = Tendenz	+

7.2.1. Selbstwahrnehmung von Dialysepatienten und -partnern

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse von FPI und GT in folgender Reihenfolge dargestellt:

- Ergebnisse der Querschnittsanalyse
- Ergebnisse der Verlaufsanalyse, das heißt Veränderungen über die Zeit
- Vergleich der Selbstwahrnehmung von Patient und Partner

7.2.1.1. Ergebnisse der Querschnittsanalyse.

Hier werden die Daten der vorliegenden Arbeit mit der jeweiligen Eichstichprobe⁺⁾ und - entsprechend der Parallelität zur Studie von Balck et al (1978)⁺⁺⁾ - mit den Ergebnissen der Hamburger Stichprobe verglichen. Auf einen statistischen Vergleich der FPI-

⁺⁾ Zur Frage der Adjustierung der vorliegenden Stichprobe siehe Punkt 5.4. Auswertung

⁺⁺⁾ Beide Stichproben (HH und FR) erwiesen sich aufgrund ihrer soziographischen Daten in wesentlichen Punkten (Alter, Geschlecht, Schulbildung) als vergleichbar.

Befunde mußte verzichtet werden, da sie auf unterschiedlichen Testmaßen (Stanine vs. Quartilmaß) beruhen.

Tab. 1: Vergleich der Dialysepatienten mit der Eichstichprobe (FPI) (Tab. siehe nächste Seite)

Bei den Ergebnissen der Dialysepatienten fallen im Vergleich zur Eichstichprobe niedrigere Werte in der Skala 'Aggressivität' auf; diese Unterschiede machen sich bei T1 sowohl für die Gesamtgruppe als auch für die nach der Dialyseform gebildeten Untergruppen statistisch signifikant bemerkbar. Die Patienten beschreiben sich als beherrscht, mit geringer spontaner Aggressionsneigung.

Über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg läßt sich die Gruppe der Dialysepatienten weiterhin charakterisieren durch unterdurchschnittlich niedrigere Werte in den Skalen 'Gehemmtheit' (tendenzieller Unterschied) und 'Offenheit' (s.s.). Sie schildern sich als ungezwungen, selbstsicher und stark zu Dissimulation neigend.

Mangelnde Offenheit und der Wunsch, Eindruck zu machen, spiegeln sich durchgehend bei allen Patienten in den Testdaten wider. Die Neigung, sich als überdurchschnittlich selbstbewußt, unabhängig, ungehemmt darzustellen ist hingegen den HHD-Patienten eigen (T1+T2).

Die Kliniksdialysepatienten heben sich zu den drei Zeiten in verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen vom Durchschnitt ab:

bei T 1 sehen sie sich beherrscht, nicht zu Aggressionen neigend (FPI 2), belastbar, unbeirrbar, voller Selbstvertrauen (FPI 6), bemüht einen guten Eindruck zu machen, indem sie Schwächen und Fehler dissimulieren (FPI 9);

bei T 2 weichen diese Patienten bzgl. Nervosität (höher) und Offenheit (niederer) von der Eichstichprobe ab;

Skala	T 1				T 2				T 3			
	Gesamt		ZHD	HHD	Gesamt		ZHD	HHD	Gesamt		ZHD	HHD
Nervosität	2.81	2.81	2.81	2.81	2.81	2.81	2.81 +	2.81	2.81	+	2.81 *	2.81
	2.95	3.43	3.43	2.70	3.22	3.22	4.00	2.81	3.46		4.29	3.04
Aggressivität	1.96	1.96 *	1.96	1.96 +	1.96	1.96	1.96	1.96	1.96		1.96 *	1.96
	1.27	1.14	1.14	1.33	1.61	1.61	1.36	1.74	1.49		1.00 *	1.74
Depressivität	3.26	3.26	3.26	3.26	3.26	3.26	3.26	3.26	3.26		3.26 +	3.26
	3.29	3.79	3.79	3.04	3.66	3.66	3.79	3.59	3.63		4.50	3.19
Erregbarkeit	3.48	3.48	3.48	3.48	3.48	3.48	3.48	3.48	3.48		3.48	3.48
	3.27	2.71	2.71	3.56	3.54	3.54	3.29	3.67	3.22		2.93	3.37
Geselligkeit	3.64	3.64	3.64	3.64	3.64	3.64	3.64	3.64	3.64	+	3.64 +	3.64
	3.56	3.21	3.21	3.74	3.49	3.49	3.14	3.67	3.05		2.50	3.33
Gelassenheit	3.74	3.74 *	3.74	3.74	3.74	3.74	3.74	3.74	3.74		3.74	3.74
	3.83	4.71	4.71	3.37	3.27	3.27	3.57	3.11	3.54		3.50	3.56
Dominanzstreben	2.26	2.26	2.26	2.26	2.26	2.26	2.26	2.26	2.26		2.26	2.26
	2.07	2.29	2.29	1.96	2.22	2.22	2.29	2.19	2.07		2.07	2.07
Gehemmtheit	3.27 +	3.27	3.27	3.27 +	3.27 *	3.27 *	3.27	3.27 +	3.27		3.27	3.27
	2.61	2.71	2.71	2.56	2.59	2.59	2.71	2.52	2.90		3.57	2.56
Offenheit	3.90 **	3.90 **	3.90 **	3.90 *	3.90 **	3.90 **	3.90 +	3.90	3.90	**	3.90 **	3.90
	2.88	2.64	2.64	3.00	3.00	3.00	2.86	3.07	2.54	**	2.36	2.63
Zusatzskalen:												
Extraversion	3.27	3.27	3.27	3.27	3.27	3.27	3.27	3.27	3.27		3.27	3.27
	3.10	2.86	2.86	3.22	2.98	2.98	2.64	3.15	2.80		2.43	3.00
Emot. Labilität	3.31	3.31	3.31	3.31	3.31	3.31	3.31	3.31	3.31		3.31	3.31
	3.07	3.57	3.57	2.81	3.46	3.46	3.79	3.30	3.46		4.07	3.15
Maskulinität	3.28	3.28	3.28	3.28	3.28	3.28	3.28	3.28	3.28		3.28	3.28
	3.41	2.93	2.93	3.67	2.98	2.98	2.93	3.00	3.22		2.57	3.56

Tab. 1

Eichstichprobe - FPI-PAT

N_{Eichst.} = 630N_{ZHD} = 14N_{Dial.Gesamt} = 41N_{HHD} = 27

bei T 3 sind die Unterschiede gravierender und mehrere Bereiche betreffend: die Klinikspatienten nehmen sich überdurchschnittlich nervös (FPI 1), weniger aggressiv (FPI 2), depressiver (FPI 3), weniger gesellig (FPI 5) und überdurchschnittlich verschlossen und selbstunkritisch (FPI 9) wahr.

Die HHD-Patienten unterscheiden sich dagegen weniger stark vom Durchschnitt. Sie schildern sich weniger aggressiv (FPI 2), ungezwungener, ungehemmter (FPI 8), verschlossener (FPI 9), irritierbarer, weniger gelassen (FPI 6).

Im Vergleich^{+) zu den Ergebnissen der Hamburger Studie (Projektbericht Balck et al. 1978) - ein statistischer Mittelwertsvergleich war aufgrund der unterschiedlichen Testwerte (Halbform - Stanine, Kurzform - Quartilmaß) nicht möglich - läßt sich folgendes feststellen:}

<u>Hamburger Patienten</u>			<u>Freiburger Patienten</u>		
überdurchschnittl. Nervosität			überdurchschnittl. Nervosität		
unter	"	Erregbarkeit	unter	"	Aggressivität
unter	"	Offenheit	unter	"	Gehemmtheit
unter	"	emot.Labilität	unter	"	Offenheit
unter	"	Maskulinität			

Übereinstimmend stellen sich beide Patientengruppen als ruhig-beherrscht (FR - Aggressivität ↓, HH-Erregbarkeit ↓), nervös, ausgeglichen- selbstsicher (FR -Gehemmtheit ↓, HH - Emot. Labilität ↓), verschlossen und zur Dissimulation neigend dar.

Abweichend von der Freiburger Gruppe schreiben sich die Hamburger Patienten Zurückhaltung, Schüchternheit und Gehemmtheit (FPI M) zu.

+) Zur Vergleichbarkeit beider Untersuchungen siehe Punkt 7.2.1.1.

Tab. 2: Vergleich der Selbstbilder von Dialysepatienten mit denen der Eichstichprobe
(Tabelle siehe nächste Seite)

Während zu Beginn der psychologischen Untersuchung die Patienten in ihrer Selbstwahrnehmung lediglich in Skala 4 sehr signifikant von der Eichstichprobe abweichen (überdurchschnittliche Depressivität), kristallisieren sich bei den beiden weiteren Testerhebungen mehr Abweichungen der Dialysepatienten vom Durchschnitt heraus: die Patienten erleben sich unattraktiver, dominanter, weniger kontrolliert, depressiver und verschlossener. Konstant und unauffällig bleibt die Einschätzung ihrer sozialen Potenz.

Auch bei den Untergruppen verändert sich das Bild erst im weiteren Verlauf. Die Patienten der Kliniksdialyse fallen im Grad ihrer Depressivität auf (überdurchschnittlich depressiv), die HHD-Patienten fühlen sich - wie dies in der Gesamtgruppe deutlich wird - unattraktiver, dominanter und depressiver als die Durchschnittsbevölkerung.

Skala	T 1			T 2			T 3		
	Gesamt	ZHD	HHD	Gesamt	ZHD	HHD	Gesamt	ZHD	HHD
Soziale Resonanz	/	/	/	s.s.	/	s.	s.s.	/	/
Dominanz	/	/	/	s.s.	/	s.	s.	/	s.
Kontrolle	/	/	/	s.	/	/	/	/	/
Grundstimmung	s.s.	/	/	s.s.	s.s.	s.	s.s.	s.	s.s.
Durchlässigkeit	/	/	/	/	/	/	s.	/	/
Soziale Potenz	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Tab. 2

Mittelwerte SPAT siehe Tab. 8, Mittelwerte der Eichstichprobe siehe Beckmann/Richter 1972

Tab. 3: Vergleich der Selbstwahrnehmung 'Freiburger' Patienten mit der von 'Hamburger' Patienten

Skala	SPAT 1 Freiburg - SPAT Hamburg
1	s.s.
2	s.s.
3	s.s.
4	/
5	s.s.
6	/

Mittelwerte SPAT - FR siehe Tab. 8. SPAT - HH siehe Balck et al. (1978, S. 134).

Die Patienten beider Gruppen unterscheiden sich sehr deutlich in den Skalen 1,2,3 und 5.

Die Hamburger Patienten schildern sich im Gegensatz zur Freiburger Patientengruppe als

HH	FR
- sehr unattraktiv	- durchschnittlich attraktiv
- eher dominant	- durchschnittlich dominant/gefügig
- sehr unterkontrolliert	- eher überkontrolliert
- durchschnittlich offen	- eher offen.

Diese Unterschiede sind alle auf dem 1%-Niveau signifikant.

Tab. 4: Vergleich der Dialysepartner mit der Eichstichprobe
(Tabelle siehe nächste Seite)

Im Unterschied zu den Patienten fallen die Partner durch eine Vielzahl abweichender Persönlichkeitsbereiche auf.

Alle Dialysepartner zusammen sehen sich - verglichen mit der Durchschnittsbevölkerung -

- nervöser (T2 - tendenzielle Differenz, T3 - signifikante Diff.)
- weniger aggressiv, selbstbeherrscher (T1 - T3 s.s. - s. Unterschiede)
- verschlossener, Schwächen dissimulierend (T 1 - T 3 - s.s. Differenz)
- weniger maskulin, gehemmt, zurückhaltend (T1 und T2 - sign. Unterschiede; Geschlechtseffekt, da ca. 2/3 der Partner Frauen sind)

Hinzu treten Abweichungen, die lediglich in bestimmten Untersuchungsphasen auftreten und zwar überdurchschnittliche

- Irritierbarkeit, geringe Gelassenheit (FPI 6-T1)
- Gehemtheit (FPI 8 - T1)
- Depressivität (FPI 3 -T2)
- Rücksichtnahme, Verständnis (FPI 7 - T2).

Die Partner der Klinikspatienten zeigen über die gesamte Untersuchung hinweg folgende Charakteristika:

- Auffallend niedere Werte in der Skala 'Aggressivität', das heißt starke Selbstbeherrschung (T1-T3 - s.s. Unterschiede)
- hohe Werte in 'Geselligkeit', das heißt ausgeprägte Kontaktbedürfnisse, Unternehmungslust (T1 und T2 - tendenziell, T 3 - s.s. Differenz)
- stark erniedrigtes Maß an 'Dominanzstreben', das heißt Rücksichtnahme, Nachgiebigkeit (T2 und T3 - s.s. - sign. Unterschied)
- starke Dissimulationsneigung und Verschlossenheit (T1 - T3 - s. - s.s.)

Skala	T 1			T 2			T 3		
	Gesamt	ZHD	HHD	Gesamt	ZHD	HHD	Gesamt	ZHD	HHD
Nervosität	2.81 3.37	2.81 2.92	2.81 + 3.60	2.81 + 3.42	2.81 2.92	2.81 * 3.68	2.81 * 3.74	2.81 3.15	2.81 * 4.04
Aggressivität	1.96 1.21 **	1.96 .85 **	1.96 + 1.40	1.96 * 1.37	1.96 .46	1.96 1.84	1.96 1.29 **	1.96 .46	1.96 1.72
Depressivität	3.26 3.82	3.26 3.38	3.26 + 4.04	3.26 3.97 *	3.26 3.46	3.26 * 4.24	3.26 3.58	3.26 2.85	3.26 + 3.96
Erregbarkeit	3.48 3.58	3.48 3.00	3.48 3.88	3.48 3.61	3.48 2.69	3.48 4.08	3.48 3.55	3.48 3.00	3.48 3.84
Geselligkeit	3.64 3.55	3.64 + 4.77	3.64 2.92	3.64 3.55	3.64 + 4.85	3.64 2.88	3.64 3.76	3.64 ** 5.31	3.64 2.96
Gelassenheit	3.74 * 3.05	3.74 3.85	3.74 ** 2.64	3.74 3.24	3.74 4.38	3.74 2.64 **	3.74 3.37	3.74 4.31	3.74 2.88 *
Dominanzstreben	2.26 1.95	2.26 2.31	2.26 1.76	2.26 ** 1.39	2.26 1.08	2.26 * 1.56	2.26 1.89	2.26 1.31	2.26 2.20
Gehemmtheit	3.27 + 4.00	3.27 3.00	3.27 ** 4.52	3.27 3.74	3.27 2.69	3.27 * 4.28	3.27 3.84	3.27 2.85	3.27 * 4.36
Offenheit	3.90 ** 2.87	3.90 * 2.62	3.90 * 3.00	3.90 ** 2.74	3.90 2.54	3.90 2.84 **	3.90 2.74	3.90 2.54 *	3.90 2.84 *
Zusatzskalen:									
Extraversion	3.27 3.05	3.27 + 4.38	3.27 2.36 +	3.27 3.08	3.27 4.31	3.27 + 2.44	3.27 3.11	3.27 4.23	3.27 2.52
Emot. Labilität	3.31 3.82	3.31 3.31	3.31 + 4.08	3.31 3.95	3.31 3.15	3.31 * 4.36	3.31 3.84	3.31 3.15	3.31 4.20 *
Maskulinität	3.28 * 2.53	3.28 3.54	3.28 ** 2.60	3.28 2.55	3.28 3.62	3.28 2.00 **	3.28 2.89	3.28 4.00	3.28 2.32

Tab. 4

Eichstichprobe - FPI - PRT

N_{Eich}

= 630

N_{Dial.Gesamt} = 38N_{ZHD} = 13N_{HHD} = 25

- Tendenz zu extravertiertem Verhalten, das heißt gesellig, aktiv, kontaktbedürftig und -suchend (T1-tendenzieller Unterschied).

Bei den HHD-Partnern fallen Vielzahl und Ausprägungsgrade der Störungen (Abweichungen vom Durchschnitt) auf. Lediglich in den FPI-Dimensionen 'Erregbarkeit' und 'Geselligkeit' weichen sie - statistisch nicht signifikant - von der Durchschnittsbevölkerung ab.

Sie sehen sich:

- nervöser (T1 - Tendenz, T2+T3 sign.)
- weniger aggressiv (T1 - Tendenz)
- depressiver (T1+T3 - Tendenz, T2 - sign.)
- irritierbarer, weniger gelassen (T1+T2 - s.s., T3 - s.)
- gehemmter (T1 - s.s., T2+T3 - s.)
- verschlossener (T1-T3 s. - s.s.)
- eher introvertiert, ungeselliger (T1+T2 - Tendenz)
- emotional labiler (T1 - Tendenz, T2+T3 - s.)
- weniger maskulin, zurückhaltend, schüchtern (T1+T2 - s.s., T3 - s.).

Dieser Befund hebt sich deutlich von den Ergebnissen aus Hamburg ab, bei denen keine Unterschiede zur Eichstichprobe bedeutsam werden (Ausnahme: männliche Dialysepartner empfinden sich überdurchschnittlich nervös).

Tab. 5: Vergleich der Selbstwahrnehmung von Dialysepartnern mit
der Eichstichprobe
(Tabelle siehe nächste Seite)

Insgesamt heben sich auch die Partner der Dialysepatienten in einigen Merkmalen von der Durchschnittsbevölkerung ab. Sie sehen sich - wie die Patienten - bedeutend unattraktiver und depressiver (T1-T3). Anfangs erleben sie sich gefüger als dies üblich ist.

Die Partner der ZHD-Patienten weichen (mit Ausnahme von Skala 2 bei T1) statistisch nicht von den Werten der Eichstichprobe ab. Die Abweichungen der Partner-Gesamtgruppe sind im wesentlichen auf die Ergebnisse der HHD-Partner zurückzuführen, die sich ebenfalls als unattraktiv und depressiv betrachten.

Skala	T 1				T 2				T 3			
	Gesamt	ZHD	HHD		Gesamt	ZHD	HHD		Gesamt	ZHD	HHD	
Soziale Resonanz	s.s.	/	s.s.		s.	/	s.s.		s.s.	/	s.s.	
Dominanz	s.s.	s.	/		/	/	/		/	/	s.s.	
Kontrolle	/	/	/		/	/	/		/	/	/	
Grundstimmung	s.s.	/	s.s.		s.s.	/	s.s.		s.s.	/	s.s.	
Durchlässigkeit	/	/	/		/	/	/		/	/	/	
Soziale Potenz	/	/	/		/	/	/		/	/	/	

Tab. 5 Mittelwerte SPRT siehe Tab. 10; Eichstichprobe siehe Beckmann/Richter 1972

Tab. 6: Vergleich der Selbstwahrnehmung von 'Freiburger' Dialysepartnern mit der von 'Hamburger' Dialysepartnern

Skala	SPRT 1 - Freiburg	SPRT - Hamburg
1	s.s.	
2	s.s.	
3	s.s.	
4	s.s.	
5	/	
6	s.	

Mittelwerte SPRT - FR siehe Tab. 10; SPRT - HH siehe Balck et al. (1978, S. 134)

Die Partner unterscheiden sich in fast allen Persönlichkeitsbereichen, die durch den GT erfaßt werden.

Die Hamburger Dialysepartner stellen sich selbst im Vergleich zu den Freiburger Partnern folgendermaßen dar:

HH	FR
- sehr unattraktiv	- etwas unterdurchschnittlich attraktiv
- dominant	- gefügig
- stark unterkontrolliert	- etwas unterkontrolliert
- durchschnittlich depressiv	- deutlich depressiv
- eher sozial impotent	- durchschnittlich sozial potent.

7.2.1.2. Ergebnisse der Verlaufsanalyse⁺

Selbstwahrnehmung Patienten

+) Methodische Auswirkungen von Wiederholungsmessungen (Regressionseffekte) müssen bei der Auswertung nachfolgender Verlaufsanalysen (Selbstwahrnehmung PAT, PRT, Fremdwahrnehmung PAT, PRT, Wunschvorstellungen PAT, PRT) mit in Betracht gezogen werden.

Tab. 7: Veränderungen der Ergebnisse bei den Patienten anhand
des FPI

(Tabelle siehe nächste Seite)

Von T1 nach T2 treten folgende statistisch bedeutsamen Veränderungen bei den Dialysepatienten auf:

- eine Minderung an Selbstbeherrschung (Skala 2 - 10%-Niveau),
- Einbußen an Unbeirrbarkeit, Belastbarkeit und Gelassenheit (FPI 6 - 5%-Niveau),
- Minderung an Durchsetzungsvermögen, Selbstbewußtsein (FPI-M - 10%-Niveau).

Diese Effekte wiederholen sich nur teilweise in den Untergruppen. Die Kliniksdialysepatienten schildern sich erregbarer (FPI 4) und gelassener (FPI 6), die HHD-Patienten weniger selbstbeherrscht (FPI 2) und depressiver (FPI 3).

Es bleibt offen, ob der Rückgang an Aggressionshemmung und Maskulinität als tatsächliche Veränderung zu verstehen ist oder auf Regressionseffekte zurückzuführen ist.

Von Zeitpunkt 2 nach 3 ist für die gesamte Patientengruppe eine signifikante Abnahme an Geselligkeit und Kontaktbedürfnis (FPI 5 - 5 %-Niveau) und eine Minderung an Offenheit und Bereitschaft, Schwächen zuzugeben (FPI 9 - sign.), zu verzeichnen.

Bei den Klinikspatienten ist eine Zunahme an Gehemmtheit, bei den HHD-Patienten größere Gelassenheit, weniger Offenheit und mehr maskuline Selbstschilderung festzustellen.

Betrachtet man die Veränderungen, die die Patienten bei sich im Laufe des Untersuchungszeitraums (ca. 6 Monate), das heißt von T1 nach T3 bemerken, so zeigt sich folgendes:

- eine signifikante Zunahme an Nervosität, das heißt zunehmend starke körperliche Affektresonanz (FPI 1),

Skala	Gesamt				ZHD			HHD		
	T1 - T2	T2 - T3	T1 - T3		T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Nervosität	2.95 3.22	3.22 3.46	2.95 3.46 *		3.43 4.00	4.00 4.29	3.43 + 4.29	2.70 2.81	2.81 3.04	2.70 3.04
Aggressivität	1.27 + 1.61	1.61 1.49	1.27 1.49		1.14 1.36	1.36 1.00	1.14 1.00	1.33 + 1.74	1.74 1.74	1.33 + 1.74
Depressivität	3.29 3.66	3.66 3.63	3.29 3.63		3.79 3.79	3.79 4.50	3.79 + 4.50	3.04 + 3.59	3.59 3.19	3.04 3.19
Erregbarkeit	3.27 3.54	3.54 3.22	3.27 3.22		2.71 + 3.29	3.29 2.93	2.71 2.93	3.56 3.67	3.67 3.37	3.56 3.37
Geselligkeit	3.56 3.49	3.49 3.05 *	3.56 3.05 *		3.21 3.14	3.14 2.50	3.21 + 2.50	3.74 3.67	3.67 3.33	3.74 3.33
Gelassenheit	3.83 3.27 *	3.27 3.54	3.83 3.54		4.71 3.57 *	3.57 3.50	4.71 3.50 **	3.37 3.11	3.11 + 3.56	3.37 3.56
Dominanzstreben	2.07 2.22	2.22 2.07	2.07 2.07		2.29 2.29	2.29 2.07	2.29 2.07	1.96 2.19	2.19 2.07	1.96 2.07
Gehemtheit	2.61 2.56	2.59 2.90	2.61 2.90		2.71 2.71	2.71 + 3.57	2.71 + 3.57	2.56 2.52	2.52 2.56	2.56 2.56
Offenheit	2.88 3.00	3.00 2.54 *	2.88 2.54		2.64 2.86	2.86 2.36	2.64 2.36	3.00 3.07	3.07 + 2.63	3.00 2.63
Zusatzskalen:										
Extraversion	3.10 2.98	2.98 2.80	3.10 2.80		2.86 2.64	2.64 2.43	2.86 2.43	3.22 3.15	3.15 3.00	3.22 3.00
Emot. Labilität	3.07 3.46	3.46 3.46	3.07 + 3.46		3.57 3.79	3.79 4.07	3.57 4.07	2.81 3.30	3.30 3.15	2.81 3.15
Maskullinität	3.41 + 2.98	2.98 3.22	3.41 3.22		2.93 2.93	2.93 2.57	2.93 2.57	3.67 3.00 *	3.00 3.56 **	3.67 3.56

Tab. 7

FPI - PAT - Verlauf

$$\begin{aligned}
 N_{\text{gesamt}} &= 41 \\
 N_{\text{ZHD}} &= 14 \\
 N_{\text{HHD}} &= 27
 \end{aligned}$$

- eine signifikante Abnahme an Geselligkeit, das heißt Rückgang von Kontaktbedürfnissen (FPI 5),
- eine Steigerung emotionaler Labilität, das heißt zunehmende Reizbarkeit, Mißstimmungen und Kontaktstörungen, 'Neurotizität' (FPI-N).

Über den gesamten Untersuchungszeitraum betrachtet erfahren die Klinikpatienten die meisten Veränderungen, die HHD-Patienten die geringsten. Im Vergleich zum Beginn der Testerhebung sehen sich Klinikpatienten nervöser, depressiver, weniger gesellig, viel weniger gelassen und gehemmter. Bei den HHD-Patienten ist nur ein Zuwachs an spontaner Aggressivität feststellbar.

Es fällt auf, daß über die verschiedenen Zeitabschnitte größtenteils eine Verlagerung der Schwierigkeiten auftritt. Hier bildet die Selbstwahrnehmung der Geselligkeit eine Ausnahme: in der Ausprägung dieses Merkmals ist ein kontinuierlicher Rückgang zu beobachten, der wesentlich auf Veränderungen im letzten Untersuchungsabschnitt (T2-T3) zurückzuführen ist.

Effekte, die möglicherweise auf das Untersuchungssetting, den VL oder Testwiederholungseinflüsse zurückzuführen sind, werden in der Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt (vgl. Punkt 7.3.).

Tab. 8: Persönlichkeitsänderungen der Patienten anhand des GT (Tabelle siehe nächste Seite)

Vergleiche zwischen T1 und T2 geben deutliche und zahlreiche Veränderungen der Patienten wider: sie betrachten sich als sehr viel weniger attraktiv (s.s.) und kontrolliert (s.s.), dafür erheblich dominanter, eigensinniger (s.s.). Tendenziell ist eine Zunahme retentiven und sozial impotenten Verhaltens zu beobachten.

Diese Veränderungen spiegeln sich ebenfalls in den Ergebnissen der Klinik- und Heimdialysepatienten (ZHD, HHD) wider, jedoch in weniger starker Ausprägung.

Auffallend ist eine geringe Veränderungsneigung von T2 nach T3. Während die Patienten der Gesamt- und ZHD-Gruppe sich als kontrollierter empfinden (tendenziell), zeigen sich in der Gruppe der HHD-Patienten keine Unterschiede. Die Klinikspatienten stellen sich gefügiger dar (tendenziell).

Zieht man die Befunde der Anfangs- und Schlußuntersuchung (T1-T3) heran, so sind Unterschiede in fast allen mit dem GT erfaßten Persönlichkeitsmerkmalen zu beobachten:

- Abnahme an sozialer Resonanz, Attraktivität
- Zunahme an Dominanz, Eigensinn
- Zunahme an Depressivität
- Abnahme an Durchlässigkeit im Sinne von Verschlossenheit, Mißtrauen
- Abnahme an sozialer Potenz bzw. Zunahme sozialer Impotenz.

Diese Veränderungen sind alle statistisch bedeutsam. Während Unterschiede in den Skalen 'Soziale Resonanz' und 'Dominanz' im Gegensatz zum 1. Zeitabschnitt (T1 - T2) an Bedeutsamkeit verloren, erhärtete sich bezüglich der Persönlichkeitsmerkmale 'Durchlässigkeit' und 'Sozialer Potenz' der anfangs beobachtete Trend.

Skala	Gesamt			ZHD			HHD		
	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Soziale Resonanz	49.53 46.23	46.23 47.07	49.53 47.07	51.07 46.00	46.00 46.07	51.07 46.07	48.79 46.34	46.34 47.55	48.79 47.55
Dominanz	49.77 45.49	45.49 46.95	49.77 46.95	54.64 49.43	49.43 52.93	54.64 52.93	47.41 43.59	43.59 44.07	47.41 44.07
Kontrolle	51.44 47.58	47.58 49.67	51.44 49.67	51.14 46.38	46.36 50.50	51.14 50.50	51.59 48.17	48.17 49.28	51.59 49.28
Grundstimmung	53.37 55.63	55.63 57.00	53.37 57.00	53.93 57.64	57.64 58.86	53.93 58.86	53.10 54.66	54.66 56.10	53.10 56.10
Durchlässigkeit	48.63 51.02	51.02 52.44	48.63 52.44	48.14 52.86	52.86 54.07	48.14 54.07	48.86 50.14	50.14 51.66	48.86 51.66
Soziale Potenz	48.65 51.07	51.07 51.44	48.65 51.44	52.86 54.29	54.29 55.00	52.86 55.00	46.62 49.52	49.52 49.72	46.62 49.72

Tab. 8

SPAT - Verlauf

$N_{\text{gesamt}} = 43$
 $N_{\text{ZHD}} = 14$
 $N_{\text{HHD}} = 29$

In den Untergruppen - ZHD- und HHD-Patienten - schlagen sich Veränderungen (T1-T3) weniger stark nieder: Bei den Klinikspatienten erfolgt wie in der Gesamtgruppe ein bedeutsamer Rückgang an empfundener Attraktivität und eine sehr starke Zunahme an Verslossenheit und Mißtrauen.

Die HHD-Patienten nehmen sich in anderen Bereichen verändert wahr. Für diese Veränderung ist eine deutliche Zunahme an Dominanz-Impulsivität (5%-Niveau), eine Abnahme an Kontrolliertheit (10%-Niveau) und sozialer Potenz (1%-Niveau) kennzeichnend.

Insgesamt betrachtet charakterisieren hohe Werte an Depressivität den Dialysepatienten.

Ergebnisse der Verlaufsanalyse

Selbstwahrnehmung PRT

Tab. 9: Persönlichkeitsänderungen der Dialysepartner anhand des FPI (Tabelle siehe nächste Seite)

Der Vergleich der Testbefunde von T2 mit denen von T1 ergibt einen signifikanten Zuwachs an Rücksichtnahme und Nachgiebigkeit der Dialysepartner. Dieser ist im wesentlichen auf eine gleichlaufende Veränderung in der Gruppe der ZHD-Partner zurückzuführen (keine Veränderung bei den Partnern der HHD-Patienten). Bei den HHD-Partnern ist tendenziell eine Abnahme an Selbstbeherrschung und Aggressionshemmung (FPI 2) zu beobachten.

In der Zeit von T2 nach T3 treten in der Gruppe aller Partner die stärksten Veränderungen auf und zwar

- sehr signifikante Minderung an Depressivität (FPI 3)
- signifikanter Rückgang an Rücksichtnahme, Nachsicht (FPI 7)
- signifikante Zunahme an maskuliner Selbstschilderung, das heißt Durchsetzung, Selbstbewußtsein (FPI-M).

Diese Unterschiede sind zum einen zurückzuführen auf Veränderungen, die die ZHD-Partner kennzeichnen (Depressivität), zum anderen auf diejenigen der HHD-Partner (Dominanzstreben, Maskulinität).

Das Ausmaß der Persönlichkeitsänderungen der Partner ist über den gesamten Untersuchungszeitraum T1-T3 betrachtet geringfügiger: In der Gesamtgruppe zeigt sich ein Trend in Richtung zunehmender Gelassenheit, Belastbarkeit und - ebenfalls wie bei T2-T3 - ein stärkeres Ausmaß maskuliner Selbstschilderung, das heißt weniger Zurückhaltung und Schüchternheit (signifikant auf dem 5%-Niveau).

Diese Veränderungen charakterisieren die Partner-Gesamtgruppe. Untergliedert nach der Dialyseform zeigt sich bei den ZHD-Partnern eine deutliche Abnahme an Dominanzstreben im Sinne stärkerer Rücksichtnahme, wohingegen die HHD-Partner sich in keinem der durch FPI erhobenen Persönlichkeitsmerkmale verändern.

Skala	Gesamt			ZHD			HHD		
	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Nervosität	3.37 3.42	3.42 3.74	3.37 3.74	2.92 2.92	2.92 3.15	2.92 3.15	3.60 3.68	3.68 4.04	3.60 4.04
Aggressivität	1.21 1.37	1.37 1.29	1.21 1.29	.85 .46	.46 .46	.85 .46	1.40 1.84 +	1.84 1.72	1.40 1.72
Depressivität	3.82 3.97	3.97 3.58	3.82 3.58	3.38 3.46	3.46 2.85 *	3.38 2.85	4.04 4.24	4.24 3.96	4.04 3.96
Erregbarkeit	3.58 3.61	3.61 3.55	3.58 3.55	3.00 2.69	2.69 3.00	3.00 3.00	3.88 4.08	4.08 3.84	3.88 3.84
Geselligkeit	3.55 3.55	3.55 3.76	3.55 3.76	4.77 4.85	4.85 5.31	4.77 5.31	2.92 2.88	2.88 2.96	2.92 2.96
Gelassenheit	3.05 3.24	3.24 3.37	3.05 3.37	3.85 4.38	4.38 4.31	3.85 4.31	2.64 2.64	2.64 2.88	2.64 2.88
Dominanzstreben	2.00 1.39	1.39 1.89	2.00 1.89	2.31 1.08 *	1.08 1.31	2.31 1.31 *	1.84 1.56	1.56 2.20 *	1.84 2.20
Gehemtheit	4.00 3.74	3.74 3.84	4.00 3.84	3.00 2.69	2.69 2.85	3.00 2.85	4.52 4.28	4.28 4.36	4.52 4.36
Offenheit	2.87 2.74	2.74 2.74	2.87 2.74	2.62 2.54	2.54 2.54	2.62 2.54	3.00 2.84	2.84 2.84	3.00 2.84
Zusatzskalen:									
Extraversion	3.05 3.08	3.08 3.11	3.05 3.11	4.38 4.31	4.31 4.23	4.38 4.23	2.36 2.44	2.44 2.52	2.36 2.52
Emot. Labilität	3.82 3.95	3.95 3.84	3.82 3.84	3.31 3.15	3.15 3.15	3.31 3.15	4.08 4.36	4.36 4.20	4.08 4.20
Maskulinität	2.53 2.55	2.55 2.89	2.53 2.89	3.54 3.62	3.62 4.00	3.54 4.00	2.00 2.00	2.00 2.32	2.00 2.32

Tab. 9

FPI - PRT - Verlauf

N_{Gesamt} = 38

N_{ZHD} = 13

N_{HHD} = 25

Absolut betrachtet sind bei den Partnern folgende Auffälligkeiten zu beobachten:

- niedere Werte in der Skala 'Aggressivität', das heißt geringe spontane Aggressionsneigung, Selbstbeherrschung (besonders bei den Partnern der Kliniksdialysepatienten)
- hohe Ausprägungsgrade in der Dimension 'Depressivität', besonders bei den HHD-Partnern
- geringes Dominanzstreben, das heißt starke Rücksichtnahme und Nachgiebigkeit
- stark ausgeprägte Gehemmtheit, das heißt deutliche Kontaktstörungen (weniger bei den Partnern der ZHD-Patienten).

Für die Partner der Kliniksdialysepatienten sind hohe Werte in den Dimensionen 'Geselligkeit', 'Gelassenheit' und 'Extraversion', extrem niedere in 'Aggressivität' (starke Selbstbeherrschung) typisch, für die HHD-Partner 'Nervosität', 'Depressivität', 'Erregbarkeit', 'Rücksichtnahme', 'Gehemmtheit' und 'emotionale Labilität'.

Tab. 10: Veränderungen des Selbstbildes der Dialysepartner
(GT) (Tabelle siehe nächste Seite)

Im Unterschied zur 1. Testerhebung schildern die Partner bei T2 eine auffällige Reduzierung an Gefügigkeit (Skala 2) in Richtung Dominanz, Eigensinn und einen leichten Rückgang ihrer Verslossenheit und ihres Mißtrauens (Skala 5). Die Richtung dieser Veränderungen drückt sich in den Untergruppen zum Teil deutlicher aus: Bei den HHD-Partnern nimmt die Dominanz sehr signifikant und bei den ZHD-Partnern die Durchlässigkeit deutlich zu (5%-Niveau, 1%-Niveau knapp verfehlt).

Von T2 nach T3 findet eine Veränderung in anderen Persönlichkeitsmerkmalen statt: die Partner empfinden eine deutliche Minderung an Attraktivität, welche sich tendenziell auch bei den ZHD-Partnern widerspiegelt. Diese weisen zusätzlich einen Trend zu wachsender Unterwerfung und Gefügigkeit auf. Im Gegensatz hierzu finden sich bei den HHD-Partnern vom 2. zum 3. Testzeitpunkt keinerlei statistisch relevante Veränderungen.

Der Vergleich der ersten und letzten Erhebung erbringt analog den Veränderungen im 1. Zeitabschnitt ähnliche Ergebnisse: einen Anstieg an Dominanz, Impulsivität, Eigensinn (s.s.) in der gesamten Partnergruppe, welcher wesentlich durch das Ergebnis der HHD-Partner zustandekommt (ebenfalls s.s. Zunahme).

Über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg schildern sich alle Partner, unabhängig ob ZHD oder HHD, deutlich als depressiv verstimmt und - außer den ZHD-Partnern - wenig attraktiv.

Skala	Gesamt			ZHD			HHD		
	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Soziale Resonanz	47.44 47.98	47.98 45.98*	47.44 45.98	51.93 53.29	53.29 50.57+	51.93 50.57	45.28 45.41	45.41 43.76	45.28 43.76
Dominanz	52.30 48.47**	48.47 48.26	52.30 48.26**	55.29* 50.50	50.50 53.71+	55.29 53.71	50.86** 47.48	47.48 45.62	50.86** 45.62
Kontrolle	48.37 48.91	48.91 48.58	48.37 48.58	48.71 50.07	50.07 48.50	48.71 48.50	48.21 48.34	48.34 48.62	48.21 48.62
Grundstimmung	57.14 56.88	56.88 56.44	57.14 56.44	55.00 53.86	53.86 52.14	55.00 52.14	58.17 58.34	58.34 58.52	58.17 58.52
Durchlässigkeit	51.12+ 49.19	49.19 49.86	51.12 49.86	51.21** 46.00*	46.00 47.64	51.21 47.64	51.07 50.72	50.72 50.93	51.07 50.93
Soziale Potenz	49.12 49.70	49.70 49.47	49.12 49.47	50.14 47.36	47.36 48.07	50.14 48.07	48.62 50.83	50.83 50.14	48.62 50.14

Tab. 10

SPRT- Verlauf

$N_{\text{gesamt}} = 43$
 $N_{\text{ZHD}} = 14$
 $N_{\text{HHD}} = 29$

Tab. 11: Vergleich der Selbstwahrnehmung von Patient und Partner anhand des FPI (Tabelle siehe nächste Seite)

Vergleicht man die Ergebnisse aller Dialysepatienten mit denen ihrer Partner, so finden sich zum Zeitpunkt 1 statistisch signifikante Unterschiede in den FPI-Skalen 'Gelassenheit', 'Gehemtheit' und 'Maskulinität'.

Die Partner beschreiben sich als weniger gelassen, irritierbarer (tendenzieller Unterschied), weitaus gehemmter, ängstlicher (s.s.) und weniger männlich, das heißt schüchterner, weniger zuversichtlich (5%-Niveau) als die Patienten (ca. 2/3 der Partner sind weiblichen Geschlechts).

Diese Unterschiede lassen sich nur in Ausnahmen bei der Unterteilung der beiden Gruppen nach der Dialyseform wiederfinden. Unterschiede zwischen den Kliniksdialysepatienten und -partnern deuten sich in den Faktoren 'Geselligkeit' und 'Extraversion' an (Partner geselliger und extravertierter als Patienten).

Die HHD-Partner weichen stärker vom Patienten ab: sie schildern sich als nervöser, wesentlich depressiver, gehemmter, emotional labiler und schüchterner - zurückhaltender als die Patienten.

Auch bei Testzeitpunkt 2 bleibt der Unterschied zwischen den Patienten und Partnern in der Skala 'Gehemtheit' bestehen, was wiederum auf die starke Ausprägung dieses Merkmals bei den HHD-Partnern (s.s.) zurückzuführen ist.

Die Partner sehen sich rücksichtsvoller, nachgiebiger (FPI 7), schüchterner, gehemmter (FPI 8) als die Patienten. Diese nehmen sich zwar auch eher nachgiebig (FPI 7), jedoch ungezwungener, weniger gehemmt wahr (FPI 8).

Diese Unterschiede zeigen sich nicht bei den ZHD-Patienten und -Partnern: analog zu T1 stufen sich ZHD-Partner geselliger

Skala	T 1			T 2			T 3		
	Gesamt	ZHD	HHD	Gesamt	ZHD	HHD	Gesamt	ZHD	HHD
Nervosität	2.95 3.37	3.43 2.92	2.70 + 3.60	3.22 3.42	4.00 2.92	2.81 3.68	3.46 3.74	4.29 3.15	3.04 4.04
Aggressivität	1.27 1.21	1.14 .85	1.33 1.40	1.61 1.37	1.36 .46	1.74 1.84	1.49 1.29	1.00 .46	1.74 1.72
Depressivität	3.29 3.82	3.79 3.38	3.04 + 4.04	3.66 3.97	3.79 3.46	3.59 4.24	3.63 3.58	4.50 + 2.85	3.19 3.96
Erregbarkeit	3.27 3.58	2.71 3.00	3.56 3.88	3.54 3.61	3.29 2.69	3.67 4.08	3.22 3.55	2.93 3.00	3.37 3.84
Geselligkeit	3.56 3.55	3.21 + 4.77	3.74 2.92	3.49 3.55	3.14 + 4.85	3.67 2.88	3.05 3.76	2.50 ** 5.31	3.33 2.96
Gelassenheit	3.83 + 3.05	4.71 3.85	3.37 2.64	3.27 3.24	3.57 4.38	3.11 2.64	3.54 3.37	3.50 4.31	3.56 2.88
Dominanzstreben	2.07 2.00	2.29 2.31	1.96 1.84	2.22 1.39 *	2.29 1.08	2.19 1.56	2.07 1.89	2.07 1.31	2.07 2.20
Gehemtheit	2.61 ** 4.00	2.71 3.00	2.56 4.52 **	2.59 3.74 *	2.71 2.69	2.52 4.28 **	2.90 + 3.84	3.57 2.85	2.56 4.36 **
Offenheit	2.88 2.87	2.64 2.62	3.00 3.00	3.00 2.74	2.86 2.54	3.07 2.84	2.54 2.74	2.36 2.54	2.63 2.84
Zusatzskalen:									
Extraversion	3.10 3.05	2.86 + 4.38	3.22 2.36	2.98 3.08	2.64 + 4.31	3.15 2.44	2.80 3.11	2.43 4.23 *	3.00 2.52
Emot. Labilität	3.07 3.82	3.57 3.51	2.81 4.08 *	3.46 3.95	3.79 3.15	3.30 + 4.36	3.46 3.84	4.07 3.15	3.15 + 4.20
Maskulinität	3.41 * 2.53	2.93 3.54	3.67 ** 2.00	2.98 2.55	2.93 3.62	3.00 + 2.00	3.22 2.89	2.57 4.00	3.56 2.32 *

Tab. 11

FPI - PAT - FPI - PRT

$N_{\text{gesamt}} = 41/38$
 $N_{\text{ZHD}} = 14/13$
 $N_{\text{HHD}} = 27/25$

und extravertierter ein als die Patienten. Die Partner der HHD-Patienten fühlen sich - wie zu T1 - sehr viel gehemmter, kontaktgestörter (FPI 8), emotional labiler (FPI-N) und zurückhaltender - weniger zuversichtlich (FPI-M) als die Patienten.

Zu Zeitpunkt 3 bleiben die Unterschiede zwischen Patienten und Partnern, die zu T1 und T2 zu beobachten waren, im wesentlichen bestehen. In der Gesamtgruppe deutet sich jetzt nur noch tendenziell an, daß die Partner sich gehemmter, irritierbarer, kontaktgestörter (FPI 8) sehen als die Patienten. Dieser Trend ist wiederum auf einen sehr signifikanten Unterschied in der HHD-Gruppe zurückzuführen (HHD-Partner s.s. gehemmter als ihre Patienten). Diese nehmen sich nach wie vor stimmungslabiler, reizbarer (FPI-N) und zurückhaltender-weniger selbstbewußt (FPI-M) wahr (in FPI-M Geschlechtsabhängigkeit s.o.).

Wie in den vorhergehenden Testerhebungen unterscheiden sich die Partner der Klinikspatienten im Ausmaß ihrer Geselligkeit. Was sich früher nur als Tendenz ausdrückte, kristallisiert sich nun (T3) als deutlicher Unterschied heraus: die Partner sehen sich als ausgesprochen gesellig und extravertiert im Vergleich zu den Patienten (1%-Niveau).

Erstmals ist in der Kliniksgruppe ein Unterschied im Ausmaß der Depressivität zu beobachten (10%-N.): die Patienten nehmen sich als stark depressiv wahr und unterscheiden sich hiervon von ihren Partnern (FPI 3).

7.2.1.3. Vergleich der Selbstwahrnehmung von Patient
und Partner

Tab. 12: Unterschiede in der Selbstschilderung der Patienten und Partner (Tabelle siehe nächste Seite)

Im Gegensatz zu den Ergebnissen des FPI machen sich im GT nur wenig Unterschiede zwischen der Selbstwahrnehmung der Patienten und der Partner bemerkbar.

Zu Zeitpunkt 1 erleben sich die Partner depressiver als die Patienten (Skala 4). Dieser Unterschied tritt deutlicher in der HHD-Gruppe zutage (sign. Differenz). Ansonsten nehmen sich Dialysepatienten und Dialysepartner sowohl als Gesamtgruppe als auch unterteilt nach Kliniks- bzw. Heimdialyse ähnlich wahr.

Für die 2. Testerhebung ergeben sich außer bei den Partnern der ZHD-Patienten, die sich sozial resonanter und potenter beurteilen, weder in der Gesamtgruppe noch bei den HHD-Paaren Unterschiede.

Auch bei der letzten Untersuchung sehen sich Patienten und Partner ähnlich; Klinikspatienten schildern sich jedoch depressiver (10%-N.) und HHD-Partner unattraktiver als die Partner/Patienten.

Patienten und Partner nehmen sich in den mit dem GT erhobenen Persönlichkeitsmerkmalen ähnlich wahr: sie erleben sich durchgehend als mißgestimmt, depressiv.

Skala	T 1			T 2			T 3		
	Gesamt	ZHD	HHD	Gesamt	ZHD	HHD	Gesamt	ZHD	HHD
Soziale Resonanz	49.53 47.44	51.07 51.93	48.79 45.28	46.23 47.98	46.00 + 53.29	46.34 45.41	47.07 45.98	46.07 50.57	47.55 43.76
Dominanz	49.77 52.30	54.64 55.29	47.41 50.86	45.49 48.87	49.43 50.50	43.59 47.48	46.95 48.26	52.93 53.71	44.07 45.62
Kontrolle	51.44 48.37	51.14 48.71	51.59 48.21	47.58 48.01	46.36 50.07	48.17 48.34	49.67 48.58	50.50 48.50	49.29 48.62
Grundstimmung	53.37 + 57.14	53.93 55.00	53.10 58.17	55.63 56.88	57.64 53.86	54.66 58.34	57.00 56.44	58.86 + 52.14	56.10 58.52
Durchlässigkeit	48.63 51.17	48.14 51.21	48.86 51.07	51.02 49.19	52.86 46.00	50.14 50.72	52.44 49.86	54.07 47.64	51.66 50.93
Soziale Potenz	48.65 49.12	52.86 50.14	46.62 48.62	51.07 49.70	54.29 + 57.36	49.52 50.83	51.44 49.47	55.00 48.07	49.72 50.14

Tab. 12

SPAT - SPRT

$$\begin{aligned}
 N_{\text{gesamt}} &= 43/43 \\
 N_{\text{ZHD}} &= 14/14 \\
 N_{\text{HHD}} &= 29/29
 \end{aligned}$$

7.2.2. Fremdwahrnehmung von Patient und Partner

Auch für die Darstellung der Fremdwahrnehmung wurde die für 7.2.1. gewählte Abfolge von Querschnittsanalyse, Verlaufsanalyse und Vergleich beibehalten.

7.2.2.1. Ergebnisse der Querschnittsanalyse

Ein Vergleich der von Patient und Partner erstellten Fremdbilder mit Durchschnittsnormen wurde nicht durchgeführt, da beide in Frage kommenden repräsentativen Stichproben - Eichstichprobe für Selbstbilder und Ehepaarstichprobe für Fremdbilder (vgl. Beckmann/Richter 1979) - aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit ausscheiden (Selbst- und Fremdbilder haben nicht identische Normen; im Gegensatz zu den Fremdbildnormen handelt es sich bei der Dialysegruppe nicht ausschließlich um Ehepaare).

Ein Vergleich der von den Freiburger Patienten und Partnern abgegebenen Fremdbilder (T1) mit denen der Hamburger Gruppe ist aus den Tabellen 13 und 14 ersichtlich.

Tab. 13: Vergleich der Fremdwahrnehmung von Freiburger Dialysepatienten mit der von Hamburger Patienten

Skala	FPAT 1 FR - FPAT - HH
1	S.S.
2	/
3	S.S.
4	/
5	S.S.
6	S

Mittelwert FPAT - FR siehe Tabelle 15; FPAT - HH siehe Balck et al. (1978, S. 137)

Auch die Partner der Dialysepatienten werden ähnlich ihrer Selbstwahrnehmung von diesen wahrgenommen. Die beiden Stichproben unterscheiden sich sehr deutlich in den Skalen 1,3,5 und 6.

Die Hamburger Patienten sehen ihre Partner im Unterschied zu den Freiburger Patienten als

HH

- sehr unattraktiv
- stark unterkontrolliert
- durchschnittlich offen/
verschlossen
- eher sozial impotent

FR

- überdurchschnittlich attraktiv
- durchschnittlich kontrolliert
in Richtung starker Kontrolle
- offen, aufgeschlossen
- sozial potent.

Tab. 14: Vergleich der Fremdbilder von Freiburger Partnern
mit denen von Partnern der Hamburger Gruppe

Skala	FPRT 1 - FR - FPRT - HH
1	s.s.
2	s
3	s.s.
4	s.
5	/
6	/

Mittelwerte FPRT - FR siehe Tabelle 16; FPRT-HH siehe Balck et al. (1978, S. 137)

Auch die Partner differieren in ihrer Fremdwahrnehmung deutlich (Skalen 1,2,3,4).

Die Hamburger Partner sehen ihre Patienten verglichen mit der Fremdwahrnehmung der Freiburger Patienten als

HH

- unattraktiv
- leicht dominant
- unterkontrolliert
- leicht depressiv

FR

- durchschnittlich attraktiv
- durchschnittlich dominant/gefügig
- durchschnittlich kontrolliert
- sehr depressiv.

7.2.2.2. Ergebnisse der Verlaufsanalyse

Fremdwahrnehmung PAT und PRT

Tab. 15: Veränderungen in der Fremdwahrnehmung der Patienten, das heißt die Art und Weise, wie die Patienten ihre Partner wahrnehmen (Tabelle siehe nächste Seite)

Zwischen den ersten beiden Untersuchungen verändert sich der Partner aus der Sicht des Patienten in den Merkmalen 'Soziale Resonanz' und 'Dominanz' in sehr starkem Maße: die Patienten meinen, die Partner hätten an Attraktivität (Skala 1 - s.s.) eingebüßt (allerdings immer noch überdurchschnittlicher Wert) und an Dominanz sehr signifikant gewonnen.

Diese Entwicklung zeichnet sich weniger stark auch in den Untergruppen ab. Die HHD-Patienten erleben bei T2 im Unterschied zu T1 ihre Partner etwas depressiver (10%-N.).

Während sich weder in der Gesamtgruppe noch bei den Kliniksdialysepatienten Veränderungen in der Wahrnehmung der Partner von T2 nach T3 abzeichnen, halten die HHD-Patienten ihre Partner nun für bedeutend weniger dominant (von T1 nach T2 Anstieg an Dominanz) und nehmen sie als weniger kontrolliert wahr.

Über den gesamten Untersuchungszeitraum betrachtet (T1-T3) zeigt sich wie anfangs (T1-T2), daß die Patienten ihre Partner als weniger attraktiv (sign.) und eher dominant (Tendenz) erleben. Diese Ergebnisse lassen sich bezüglich der Dominanz auf die ZHD-Patienten - Entwicklung von gefügig nach dominant - bezüglich der Attraktivität auf die HHD-Patienten zurückführen.

Skala	Gesamt			ZHD			HHD		
	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Soziale Resonanz	56.42 53.86**	53.86 54.02	56.42* 54.02	59.57* 56.50	56.50 57.36	59.57 57.36	54.90 + 52.59	52.59 52.41	54.90 + 52.41
Dominanz	49.44 46.07**	46.07 47.19	49.44 + 47.19	51.43* 47.50	47.50 45.00	51.43** 45.00	48.48* 45.38	45.38* 48.24	48.48 48.24
Kontrolle	51.72 51.05	51.05 50.30	51.72 50.30	48.36 46.43	46.43 48.14	48.36 48.14	53.34 53.28	53.28 + 51.34	53.34 51.34
Grundstimmung	53.67 55.12	55.12 55.42	53.67 55.42	52.07 51.36	51.36 54.57	52.07 54.57	54.45 + 56.93	56.93 55.83	54.45 55.83
Durchlässigkeit	47.77 48.65	48.65 48.19	47.77 48.19	43.79 47.50	47.50 47.93	43.79 47.93	49.69 49.21	49.21 48.31	49.69 48.31
Soziale Potenz	47.86 47.51	47.51 47.09	47.86 47.09	43.50 43.86	43.86 45.57	43.50 45.57	49.97 49.28	49.28 47.83	49.97 47.83

Tab. 15

FPAT - Verlauf

N_{Gesamt} = 43
 N_{ZHD} = 14
 N_{HHD} = 29

Tab. 16: Veränderungen in der Fremdwahrnehmung des Partners,
das heißt dessen Wahrnehmung vom Patienten (Tabelle
siehe nächste Seite)

Es fällt auf, daß die Partner weder in der Gesamtgruppe noch in einer der Untergruppen (ZHD-, HHD-Partner) irgendwelche Veränderungen zwischen dem 1. und 2. Zeitpunkt am Patienten wahrnehmen.

Vereinzelte verschiebt sich der Eindruck, den die Partner von den Patienten haben im Laufe des Untersuchungszeitraums T2 nach T3. Die Partner erleben den Patienten zunehmend zugeknöpfter (signifikanter Unterschied zwischen T2 und T3 in der Gesamtgruppe, Tendenz bei HHD-Partnern) und etwas unterkontrollierter-triebhafter (Tendenz).

Beim Vergleich der Bilder zwischen der 1. und letzten Testung mehren sich die Unterschiede. Die Gesamtgruppe der Partner registriert eine Steigerung an Dominanz (5%-N.) und eine Einbuße an Kontrolliertheit im Sinne zunehmender Triebhaftigkeit-Unterkontrolle bei den Patienten (1%-Niveau knapp verfehlt). Während die ZHD-Partner bei den Patienten im Verlauf der Untersuchung keinerlei statistisch relevante Änderungen wahrnehmen, basieren die Unterschiede der Gesamtgruppe auf veränderten Bildern der HHD-Partner: sie beobachten zunehmend dominantes, unkontrolliertes und sozial weniger potentes Verhalten (tendenziell). Bedeutsam ist der Unterschied hinsichtlich des wahrgenommenen Ausmaßes an Kontrolle, das im Laufe der Zeit signifikant nachläßt.

Skala	Gesamt			ZHD			HHD		
	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Soziale Resonanz	50.95 49.51	49.51 49.47	50.95 49.47	51.47 50.64	50.64 50.86	51.47 50.86	50.66 48.97	48.97 48.79	50.66 48.79
Dominanz	49.05 47.98	47.98 46.81	49.05 * 46.81	53.29 51.43	51.43 51.21	53.29 51.21	47.00 46.31	46.31 44.69	47.00 + 44.69
Kontrolle	50.30 49.47	49.47 + 47.93	50.30 * 47.93 *	49.57 50.29	50.29 47.36	49.57 47.36	50.66 49.07	49.07 48.21	50.66 * 48.21
Grundstimmung	55.93 56.91	56.91 55.88	55.93 55.88	57.29 57.93	57.93 58.14	57.29 58.14	55.28 56.41	56.41 54.79	55.28 54.79
Durchlässigkeit	51.98 51.84	51.84 53.44 *	51.98 53.44	54.79 54.29	54.29 55.36	54.79 55.36	50.62 50.66	50.66 52.52	50.62 52.52
Soziale Potenz	50.05 50.95	50.95 51.44	50.05 51.44	54.21 52.71	52.71 53.64	54.21 53.64	48.03 50.10	50.10 50.38	48.03 + 50.38

N_{Gesamt} = 43
 N_{ZHD} = 14
 N_{HHD} = 29

Tab. 16 FPRT-Verlauf

7.2.2.3. Vergleich der Fremdwahrnehmung von Patient und
Partner

Tab. 17: Vergleich der Fremdbilder von Patient und Partner
(Tabelle siehe nächste Seite)

In der Gesamtgruppe (das heißt nicht getrennt nach ZPD und HHD) fällt zum 1. Untersuchungstermin am stärksten die unterschiedliche Wahrnehmung der gegenseitigen Attraktivität auf: die Patienten nehmen ihre Partner als weitaus beliebter und attraktiver wahr als umgekehrt. Die Patienten erleben den Partner als sehr attraktiv, die Partner den Patienten jedoch ebenfalls beliebt (durchschnittlich). Die Dialysepartner sehen die Patienten als eher verschlossen, der Patient den Partner hingegen als offenaufgeschlossen (tendenzieller Unterschied).

Während sich zu T1 die Patienten und Partner der HHD-Gruppe sehr übereinstimmend sehen, klaffen die Sichtweise der Klinikspatienten und die der -partner zum Teil stark auseinander: die Patienten sehen in ihren Partnern eine ausgesprochen beliebte, attraktive, offene und gesellige, sozial potente Persönlichkeit (Skalen 1,5,6). In diesen Persönlichkeitsmerkmalen werden die Patienten von ihren Partnern deutlich abweichend wahrgenommen.

Bei der 2. Testerhebung verringert sich die Verschiedenartigkeit der gegenseitigen Wahrnehmung: der Partner wird - je nach Gruppierung - immer noch als sozial resonanter und potenter betrachtet. Hinzu kommen speziell bei den Untergruppen auftretende Abweichungen; der Klinikspartner sieht den Patienten verschlossener, der HHD-Partner ihn weniger kontrolliert als die Patienten umgekehrt ihre Partner.

Bis auf die Gruppe der HHD-Patienten und -Partner mehrten sich bei T3 die Unterschiede. In der Gesamtgruppe stellt sich heraus, daß die Patienten ihre Partner nach wie vor bedeutend attraktiver, offener und sozial potenter finden als die Partner die Patienten (signifikante bis sehr signifikante Differenz). Diese Unterschiede verstärken sich - mit Ausnahme von Skala 1 - im Vergleich zu T1 durch die ausgeprägtere Sichtweise der Partner. Diese Ent-

Skala	T 1			T 2			T 3		
	Gesamt	ZHD	HHD	Gesamt	ZHD	HHD	Gesamt	ZHD	HHD
Soziale Resonanz	56.42 ^{..} 50.95	59.57 ^{..} 51.57	54.90 50.66	53.86 ^{..} 49.51	56.50 50.64	52.59 ⁺ 48.97	54.02 ^{..} 49.47	57.36 ^{..} 50.86 ^{..}	52.41 48.79
Dominanz	49.44 49.05	51.43 53.29	48.48 47.00	46.07 47.98	47.50 51.43	45.38 46.31	47.19 46.81	45.00 ⁺ 51.21	48.24 44.69
Kontrolle	51.72 50.90	48.36 49.57	53.34 50.66	51.05 49.47	46.43 50.29	53.28 ⁺ 49.07	50.30 47.93	48.14 47.36	51.34 48.21
Grundstimmung	53.67 55.93	52.07 57.29	54.45 55.28	55.12 56.91	51.36 57.93	56.93 56.41	55.42 55.88	54.57 58.14	55.83 54.79
Durchlässigkeit	47.77 ⁺ 51.98	43.79 ^{..} 54.79	49.69 50.62	48.65 51.84	47.50 ^{..} 54.29	49.21 50.66	48.19 ^{..} 53.44	47.93 ^{..} 55.36 ^{..}	48.31 52.52
Soziale Potenz	47.86 50.05	43.50 ^{..} 54.21	49.97 48.03	47.51 ⁺ 50.95	43.86 ^{..} 52.71	49.28 50.10	47.09 ^{..} 51.44	45.57 ^{..} 53.64	47.83 50.38

Tab. 17 FPAT - FPRT

$N_{\text{gesamt}} = 43/43$
 $N_{\text{ZHD}} = 14/14$
 $N_{\text{HHD}} = 29/29$

wicklung ist auch in der ZHD-Gruppe zu beobachten. In ihr zeigt sich zusätzlich, daß der Partner vom Patienten als sehr dominant empfunden wird, der Patient vom Partner dagegen als eher gefügig.

Es fällt auf, daß sich HHD-Patienten und -Partner sowohl zum Zeitpunkt 1 als auch beim letzten Untersuchungstermin in ihrer gegenseitigen Sichtweise nicht unterscheiden. Selbst bei der 2. Testung zeigen sich lediglich geringfügige Unterschiede (Skalen 1 und 3).

7.2.3. Wunschvorstellungen von Patient und Partner über den Patienten

Normwerte liegen nicht vor, so daß ein statistischer Vergleich nicht möglich ist. Die Ergebnisse zur Frage der Wunschvorstellungen über den Patienten sollen unter folgenden Punkten dargestellt werden:

- Verlauf der Selbstideal- und Fremdideal-Bilder
- Vergleich der Idealvorstellungen von Patient und Partner
- Zusammenhang zwischen Selbst- und Ideal- bzw. Fremd- u. Fremdideal-Bildern.

7.2.3.1. Ergebnisse der Verlaufsanalyse

Tab. 18: Veränderung der Wunschvorstellungen des Patienten
(Tabelle siehe nächste Seite)

Der Vergleich der Idealvorstellungen des Patienten - unabhängig ob ZHD oder HHD - von Zeitpunkt 1 und 2 läßt erkennen, daß sich der Wunsch des Patienten nach Attraktivität und Offenheit deutlich vermindert (Skala 1 und 5 Differenz auf dem 5%-Niveau). In dieser Veränderung kommen vor allem die Vorstellungen der HHD-Patienten zum Tragen.

Zwischen T2 und T3 bleiben die Idealbilder für alle Patienten unverändert (keine statistisch bedeutsamen Veränderungen).

Beim Vergleich der 1. und letzten Untersuchung spiegeln sich die Differenzen in den Idealen der Patienten von T1 und T2 wider: sie wünschen sich weniger beliebt (Skala 1 signifikanter Unterschied, immer noch überdurchschnittlich), weniger durchlässig (Skala 5 5%-Niveau) und tendenziell weniger hypomanisch (Skala 4 - 10 8%-Niveau).

Die Wunschvorstellungen der ZHD-Patienten bleiben über alle Zeiträume konstant.

Skala	Gesamt			ZHD			HHD		
	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Soziale Resonanz	57.74** 54.74*	54.74 54.77	57.74* 54.77	56.21 54.29	54.29 55.14	56.21 55.14	58.48 54.97	54.97 54.59	58.48* 54.59
Dominanz	51.51 51.21	51.21 50.26	51.51 50.26	52.71 53.21	53.21 52.14	52.71 52.14	50.93 50.24	50.24 49.34	50.93 49.34
Kontrolle	51.79 50.53	50.53 49.86	51.79 49.86	51.29 50.07	50.07 48.79	51.29 48.79	52.03 50.76	50.76 50.38	52.03 50.38
Grundstimmung	41.51 42.70	42.70 44.35	41.51 44.35	44.93 44.14	44.14 46.36	44.93 46.36	39.86 42.00	42.00 43.38	39.86* 43.38
Durchlässigkeit	40.84* 44.21	44.21 44.00	40.84* 44.00	44.50 46.50	46.50 46.00	44.50 46.00	39.07* 43.10	43.10 43.03	39.07* 43.03
Soziale Potenz	42.67 43.47	43.47 44.44	42.67 44.44	47.50 48.79	48.79 49.36	47.50 49.36	40.34 40.90	40.90 42.07	40.34 42.07

Tab. 18 JPAT - Verlauf

$N_{\text{Gesamt}} = 43$
 $N_{\text{ZHD}} = 14$
 $N_{\text{HHD}} = 29$

Tab. 19: Veränderungen in den Wunschvorstellungen der Partner an die Patienten (Tabelle siehe nächste Seite)

Insgesamt betrachtet erweisen sich die Wünsche der Partner an den Patienten als sehr gleichbleibend. Von der 2. zur 3. Untersuchung tritt keinerlei statistisch relevante Veränderung ein. Bemerkenswert ist die Konstanz, die die Vorstellungen der Kliniksdialysepartner charakterisiert (auch bei ZHD-Patienten sind die Wunschvorstellungen über alle Zeiten konstant vgl. Tab. 18). Veränderungen betreffen vor allem das gewünschte Maß an Offenheit-Vertrauen.

Nach dem ersten Untersuchungstermin (T1-T2) wünschen sich die Partner den Patienten weniger durchlässig (sign. Diff.), was vor allem durch veränderte Wünsche der HHD-Partner bewirkt wird.

Diese Entwicklung wird im Vergleich des letzten mit dem 1. Zeitpunkt (T1-T3) offensichtlicher; das ideal empfundene Ausmaß an Offenheit und Durchlässigkeit verringert sich in der Gesamtgruppe und bei den HHD-Partnern bedeutsam (1%- bzw. 5%-Niveau): zu Beginn möchten die Partner den Patienten besonders durchlässig und vertrauensvoll. Diese Wunschvorstellung reduziert sich später sehr signifikant.

In der Gesamtgruppe deutet sich der Wunsch nach weniger Kontrolliertheit des Patienten an; speziell die HHD-Partner hätten den Patienten gerne etwas weniger sozial potent und konkurrenzfreudig (Skala 6-tendenzielle Diff.).

Skala	Gesamt			ZHD			HHD		
	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Soziale Resonanz	56.02 55.35	55.35 54.28	56.02 54.28	56.43 55.43	55.43 54.79	56.43 54.79	55.83 55.31	55.31 54.03	55.83 54.03
Dominanz	49.02 48.95	48.95 48.42	49.02 48.42	50.07 49.79	49.79 49.79	50.07 49.79	48.52 48.55	48.55 47.76	48.52 47.76
Kontrolle	49.12 48.35	48.35 47.70	49.12 + 47.70	49.00 49.43	49.43 47.57	49.00 47.57	49.17 47.83	47.83 47.76	49.17 47.76
Grund- stimmung	44.72 45.30	45.30 44.33	44.72 44.33	47.14 44.86	44.86 44.79	47.14 44.79	43.55 45.52	45.52 44.10	43.55 44.10
Durch- lässigkeit	39.58 * 42.16	42.16 42.56	39.58 ** 42.56	40.79 42.21	42.21 43.29	40.79 43.29	39.00 * 42.14	42.14 42.21	39.00 * 42.21
Soziale Potenz	44.58 46.02	46.02 45.70	44.58 45.70	47.57 47.79	47.79 45.86	47.57 45.86	43.14 45.17	45.17 45.62	43.14 45.62

Tab. 19 FIPRT - Verlauf

$N_{\text{Gesamt}} = 43$
 $N_{\text{ZHD}} = 14$
 $N_{\text{HHD}} = 29$

7.2.3.2. Vergleich der Idealvorstellungen von Patient und Partner

Das Verhältnis von Ideal- und Fremdideal-Bild wurde sowohl für die Gesamtstichprobe ($N = 43$ PAT/PRT) als auch für die Ehepaargruppe ($N = 34$ Paare) berechnet, da die folgenden Interaktionsmaße auf letztere Unterstichprobe bezogen sind.

Tab. 20: Vergleich der Vorstellungen vom idealen Partner aus seiner Sicht und der des Partners (Tabelle siehe nächste Seite)

Einheitlichkeit und Übereinstimmung kennzeichnen die Idealvorstellungen des Patienten und der Partner über den Patienten.

Sowohl Patient als auch Partner wünschen sich den Patienten beliebt, attraktiv, eher hypomanisch, offen und sozial aufgeschlossen.

Kleinere Abweichungen sind nur zwischen den Idealen des HHD-Patienten und dessen Partner zu vermerken: die Partner möchten den Patienten weniger hypomanisch (T1 - Skala 4) und kontaktfreudig-gesellig (T2 und T3 - Skala 6) als der Patient selbst sein möchte.

Skala	T 1			T 2			T 3		
	Gesamt	ZHD	HHD	Gesamt	ZHD	HHD	Gesamt	ZHD	HHD
Soziale Resonanz	57.74 56.02	56.21 56.43	58.48 55.83	54.74 55.35	54.29 55.43	54.97 55.31	54.77 54.28	55.14 54.79	54.59 54.03
Uominanz	51.51 49.02	52.71 50.07	50.93 48.52	51.21 48.95	53.21 49.79	50.24 48.55	50.26 48.42	52.14 49.79	49.34 47.76
Kontrolle	51.79 49.12	51.29 49.00	52.03 49.17	50.53 48.35	50.07 49.43	50.76 47.83	49.86 47.70	48.79 47.57	50.38 47.76
Grund- stimmung	41.51 44.72	44.93 47.14	39.86 + 43.55	42.70 45.30	44.14 44.86	42.00 45.52	44.35 44.33	46.36 44.79	43.38 44.10
Durch- lässigkeit	40.84 39.58	44.50 40.79	39.07 39.00	44.21 42.16	46.50 42.21	43.10 42.14	44.00 42.56	46.00 43.29	43.03 42.21
Soziale Potenz	42.67 44.58	47.50 47.57	40.34 43.14	43.47 46.02	48.79 47.79	40.90 * 45.17	44.44 45.70	49.36 45.86	42.07 + 45.62

Tab. 20 IPAT - FIPRT

$N_{\text{Gesamt}} = 43/43$
 $N_{\text{ZHD}} = 14/14$
 $N_{\text{HHD}} = 29/29$

Tab. 21: Vergleich der Vorstellungen vom idealen Patienten
bei Ehepaaren (N = 34)

Skala	T 1	T 2	T 3
Soziale Resonanz	57.91 55.53	55.74 55.44	55.21 54.03
Dominanz	51.09 48.76	51.15 48.97	50.18 48.06
Kontrolle	52.12 48.97	50.53 48.68	50.09 47.24 +
Grund- stimmung	41.35 44.29	42.76 45.18	44.65 43.76
Durch- lässigkeit	40.15 38.85	43.50 41.79	42.88 42.26
Soziale Potenz	42.24 44.74	43.00 45.38	44.35 45.44

IPAT - FIPRT

N = 34/34

Die Wunschvorstellungen, die der Patient von sich und der Partner von ihm haben, entsprechen einander. Lediglich bei T3 zeigt sich ein leichter Unterschied in der Skala 'Kontrolle': die Partner möchten, daß ihre Patienten eher unterkontrolliert sind.

Patient und Partner sehen den Patienten dann als ideal an, wenn er sehr attraktiv, beliebt, wenig depressiv, offen-durchlässig und sozial aufgeschlossen ist.

7.2.3.3. Zusammenhang zwischen Selbst- und Idealbild des
Patienten und Fremd-, Fremdidéal-Bild des Partners

In den folgenden Korrelationstabellen bedeutet

der 1. Wert = Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient,
der 2. Wert = z-Wert, der für die Signifikanzprüfung von
Korrelationskoeffizienten (vgl. Clauss/Ebner 1971) erforder-
lich ist.

Tab. 22: Verhältnis von Selbst- und Idealbild des Patienten

Skala	T 1	T 2	T 3
Soziale Resonanz	.508 .560	.493 .539	.464 .502
Dominanz	.382 .402	.403 .427	.515 .570
Kontrolle	.410 .435	.318 .329	.052 .052
Grundstimmung	.067 .067	-.002 -.002	.206 .209
Durchlässigkeit	.112 .112	.075 .075	.198 .201
Soziale Potenz	.472 .512	.022 .022	.446 .480
mittleres r	.34	.23	.33

Korr. SPAT - IPAT N = 34

Zeitpunkt 1

Deutlichere Übereinstimmungen treten in den Skalen 'Soziale Resonanz', 'Dominanz', 'Kontrolle' und 'Soziale Potenz' auf: das Ausmaß, in dem der Patient seine Attraktivität, Dominanz, Kontrolle und soziale Potenz realiter sieht und dem, wie er in dieser Hinsicht sein möchte, hängen stark zusammen.

Keine oder nur eine sehr geringe Beziehung haben Real- und Idealbild in den Variablen 'Grundstimmung' und 'Durchlässigkeit'. Wie depressiv und offen der Patient sich tatsächlich erlebt, hängt also wenig damit zusammen, wie er es sich wünscht.

Zeitpunkt 2

Die Zusammenhänge zwischen Selbst- und Wunschbild verringern sich in Zahl und Ausmaß im Vergleich zu T1: Während die real er-

lebte Attraktivität und Dominanz mit dem gewünschten Maß höher übereinstimmen, besteht nur eine geringe positive Beziehung in den Skalen 'Durchlässigkeit' und 'Soziale Potenz' und eine unwesentliche negative zwischen der realen stimmungsmäßigen Verfassung und den Idealvorstellungen.

Zum Zeitpunkt 3

treten Zusammenhänge wieder deutlicher zutage: reales und ideales Selbstbild stimmen bezüglich der Attraktivität, Dominanz und sozialen Potenz stärker überein, in Bezug auf Kontrolle, Stimmung und Offenheit dagegen nur wenig.

Durchgehend liegt ein enger Zusammenhang für das tatsächlich empfundene und gewünschte Maß an Attraktivität und Dominanz vor, keine Beziehung hingegen zwischen Wunsch und Wirklichkeit im Bereich der Offenheit-Durchlässigkeit.

Tab. 23: Beziehung zwischen realem und idealem Fremdbild der Partner

Skala	T 1	T 2	T 3
Spziale Resonanz	.374 .394	.416 .442	.317 .329
Dominanz	-.024 -.024	.357 .373	-.330 -.343
Kontrolle	.307 .317	.270 .277	.112 .113
Grundstimmung	.415 .441	.121 .122	-.026 -.026
Durchlässigkeit	-.065 -.065	.437 .469	.165 .166
Soziale Potenz	.481 .524	.190 .192	.276 .283
mittleres r	.25	.30	.09
Korr. FPRT-FIPRT		N = 34	

Mehrere negative Korrelationen führen dazu, daß beim Partner im Unterschied zum Patienten insgesamt gesehen (mittleres r) zwischen der Art, wie der Partner den Patienten sieht, und der, wie er ihn sich wünscht, niedrigere Übereinstimmungen bestehen. Ein eher guter Zusammenhang findet sich gleichbleibend zwischen der wahrgenommenen und gewünschten Attraktivität des Patienten, ein fehlender oder geringer Zusammenhang für die Variablen 'Kontrolle', 'Grundstimmung' und 'Soziale Potenz'.

Beim 1. Untersuchungstermin sind höhere Korrelationen für die Skalen 'Soziale Resonanz', 'Kontrolle', 'Grundstimmung' und 'Soziale Potenz' vorhanden: der Partner erlebt den Patienten in diesen Punkten ähnlich seinen Wunschvorstellungen. Kein Zusam-

menhang (niedere, negative Korrelation) besteht zwischen der real beurteilten und gewünschten Dominanz bzw. Durchlässigkeit des Patienten.

Zu Zeitpunkt T2 dreht sich dieses Verhältnis um: der Partner sieht den Patienten in den Merkmalen 'Dominanz' und 'Durchlässigkeit' eher in der Weise, in der er ihn haben möchte. Diese Beziehung besteht auch für die Attraktivität des Patienten. Unbedeutend ist bei T2 der Zusammenhang zwischen der vom Partner wahrgenommenen und gewünschten Stimmung und sozialen Potenz des Patienten.

Bei T3 liegen Übereinstimmungen zwischen realem und idealem Fremdbild lediglich für die Beurteilung der Attraktivität vor. Erneut hat sich das Verhältnis der tatsächlichen zur gewünschten Dominanz des Patienten gewandelt: während bei T1 kein und bei T2 ein positiver Zusammenhang zwischen Real- und Idealbild auszumachen ist, besteht zum Schluß ein Mißverhältnis (neg. Korr.) zwischen ihnen.

Veränderungen erfährt auch die Beziehung von Realeinschätzung und Idealvorstellung für die Grundstimmung des Patienten; im Gegensatz zu T1 (hohe positive Korrelation) besteht bei T3 ein unbedeutender, negativer Zusammenhang.

Tab. 24: Selbst-, Idealbild- und Fremd-Fremdidealbild-Indices⁺⁾

Index	T1	T2	T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3
S-I	.348	.232	.335	.363	.236	.363
	.363	.236	.348	.236	.348	.348
F-FI	.265	.313	.087	.271	.324	.271
	.271	.324	.087	.324	.087	.087

$$N_1 = 34$$

$$1\text{-Niveau} \rightarrow .676$$

$$N_2 = 34$$

$$5\text{-Niveau} \rightarrow .508$$

$$df = 64$$

Das Verhältnis von Real- und Idealbild des Patienten ergibt bei T1 und T3 höhere Werte im Vergleich zu T2; zu diesem Zeitpunkt besteht ein niederer Zusammenhang, in dem sich möglicherweise eine Divergenz zwischen Wunsch und Wirklichkeit andeutet.

Ein entgegengesetzter Verlauf ergibt sich aus der Sicht des Partners: bei T1 und T3 stimmen Fremdwahrnehmung und Idealvorstellungen des Partners nur wenig, bei T2 deutlicher überein.

Statistisch signifikante Veränderungen treten für die Beziehung der Real- und Idealbilder im Laufe der Untersuchung nicht auf.

+) Diese Indices wurden nach Angaben von Beckmann/Richter 1972, S. 63 berechnet. Sie stellen ein Konkordanzmaß auf Test-, nicht auf Skalenebene dar.

7.2.4. Selbst-, Fremd- und Idealbilder der Dialyse-'Neulinge'

Um der Frage nach Persönlichkeitsmerkmalen und -änderungen von Patienten und Partnern nachzugehen, die sich neu - das heißt maximal 6-9 Monate - im chronischen Hämodialyseprogramm befinden (vergleiche Fragen 5 und 9 unter Punkt 3.1.), wurden deren Ergebnisse nochmals gesondert berechnet und analysiert.

Aufgrund des geringen Stichprobenumfanges (je nach Testverfahren zwischen 8 und 12 PAT bzw. PRT) sind diese Ergebnisse lediglich als vorsichtig zu interpretierende Hinweise und keineswegs zu verallgemeinernde Befunde zu begreifen.

Auf einen Vergleich mit den entsprechenden Eichstichproben von FPI und GT war infolge der niederen Pbn-Zahl aus methodischen Gründen verzichtet worden.

Die Abschnitte zur Selbstwahrnehmung, Fremdwahrnehmung und zu den Wunschvorstellungen der Dialyse-'Neulinge' sind im Folgenden nach den Punkten 'Verlauf' und 'Vergleich' gegliedert.

7.2.4.1. Selbstwahrnehmung der Dialyse-'Neulinge'
(PAT und PRT)

Ergebnisse der Verlaufsanalyse (PAT)

Tab. 25: Persönlichkeitsänderungen der Dialyse-'Neulinge'
anhand des FPI (Tabelle siehe nächste Seite)

Persönlichkeitsänderungen aus der Sicht des neuen Patienten stellen sich im wesentlichen anders als in der Gesamtgruppe von Dialysepatienten dar (vgl. Tab. 7): sie erleben einen tendenziellen Anstieg an Depressivität und emotionaler Labilität und zeigen ein Nachlassen maskuliner Selbstschilderung (10 von 12 Patienten sind männlich) in der Zeit zwischen T1 und T2 .

Der Vergleich der Ergebnisse von T2 und T3 ergibt eine leichte Steigerung an Nervosität, eine deutliche Zunahme an Gehemmtheit und einen Rückgang an Offenheit (5%-Niveau knapp verfehlt).

Im Zeitraum T1-T3 reduzieren sich die Veränderungen der Selbstdarstellung auf die beiden Persönlichkeitsmerkmale 'Aggressivität' (tendenzielle Steigerung) und 'Gehemmtheit' (Steigerung); es zeigt sich, daß die Gehemmtheit der neuen Dialysepatienten mit der Zeit zunimmt (deutlichere Steigerung von T2 nach T3).

Vergleichsweise niedrigere Werte liegen über den gesamten Untersuchungszeitraum in den Persönlichkeitsmerkmalen 'Aggressivität' und 'Dominanzstreben' vor. Dialyse-'Neulinge' sehen sich demzufolge als beherrscht, nachgiebig und rücksichtsvoll.

Skala	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Nervosität	2.55 2.27	2.27 2.82 +	2.55 2.82
Aggressivität	1.91 2.00	2.00 2.18	1.91 2.18 +
Depressivität	3.09 3.82 +	3.82 3.45	3.09 3.45
Erregbarkeit	2.82 3.27	3.27 3.00	2.82 3.00
Geselligkeit	3.64 3.36	3.36 3.18	3.64 3.18
Gelassenheit	3.73 3.45	3.45 3.72	3.73 3.73
Dominanzstreben	1.55 1.91	1.91 2.00	1.55 2.00
Gehemmtheit	2.18 2.27	2.27 3.00 + *	2.18 3.00 + *
Offenheit	3.27 3.27	3.27 2.55	3.27 2.55
Zusatzskalen:			
Extraversion	3.09 3.00	3.00 2.73	3.09 2.73
Emot. Labilität	2.64 3.55 + *	3.55 3.18	2.64 3.18
Masculinität	4.09 3.09 +	3.09 3.27	4.09 3.27

Tab. 25

FPI-PAT
Neul.

N = 11

Tab. 26: Verlauf der Ergebnisse von neuen Dialysepatienten anhand des GT

Skala	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Spziale Resonanz	49.08 45.92	45.92 48.25	49.08 48.25
Dominanz	47.33 ** 42.00	42.00 + 45.50	47.33 45.50
Kontrolle	51.25 47.42	47.42 49.08	51.25 49.08
Grund- stimmung	53.33 59.42	59.42 60.25	53.33 60.25
Durch- lässigkeit	48.67 50.52	50.42 51.58	48.67 51.58
Soziale Potenz	48.42 46.08	46.08 48.50	48.42 48.50

SPAT_{Neul.} - Verlauf N = 12

Im Gegensatz zur Gesamtgruppe erfahren Patienten, die sich neu im chronischen Dialyseprogramm befinden, lediglich Veränderungen in Bezug auf ihre Dominanzerlebnisse.

Im Verlauf des ersten Zeitraums (T1-T2) nimmt ihre Dominanz, Impulsivität und Ungeduld auffallend zu (1%-Niveau). Diese Entwicklung kehrt sich von T2 nach T3 vorübergehend um.

Über die gesamte Untersuchungszeit (T1-T3) sind keinerlei statistisch bedeutsame Veränderungen dieser Patientenauswahl zu verzeichnen, jedoch sprechen die Werte der Skala 4 für eine stark ausgeprägte depressive Grundstimmung.

Ergebnisse der Verlaufsanalyse (PRT)

Tab. 27: Persönlichkeitsänderungen der Partner von Dialyse-
Neulingen anhand des FPI (Tabelle siehe nächste Seite)

Die Partner derjenigen Patienten, die sich neu im chronischen Dialyseprogramm befinden, verändern sich anhand der mit dem FPI gewonnenen Persönlichkeitsmerkmale nur unwesentlich. Lediglich nach dem ersten Untersuchungsabschnitt (T1-T2) stellen sie sich als rücksichtsvoller, nachgiebiger (FPI 7) und emotional labiler, gedrückter, reizbarer (FPI N) dar.

Insgesamt fallen niedere Werte in den Skalen 'Aggressivität', 'Extraversion' und 'Maskulinität', höhere Ausprägungsgrade in 'Nervosität', 'Gehemmtheit' und 'Emotionaler Labilität' auf.

Skala	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Nervosität	3.88 3.50	3.50 4.38	3.88 4.38
Aggressivität	.75 .75	.75 .50	.75 .50
Depressivität	3.63 3.88	3.88 3.63	3.63 3.63
Erregbarkeit	2.63 3.13	3.13 2.63	2.63 2.63
Geselligkeit	2.50 2.13	2.13 2.75	2.50 2.75
Gelassenheit	3.00 2.75	2.75 3.13	3.00 3.13
Dominanzstreben	1.75 1.00 +	1.00 1.50	1.75 1.50
Gehemmtheit	4.38 4.38	4.38 4.13	4.38 4.13
Offenheit	2.25 2.63	2.63 2.25	2.25 2.25
Zusatzskalen:			
Extraversion	1.75 2.00	2.00 2.25	1.75 2.25
Emot. Labilität	3.50 4.50 +	4.50 4.13	3.50 4.13
Maskulinität	2.13 1.63	1.63 1.88	2.13 1.88

Tab. 27

FPI-PRT
Neul.

N = 8

Tab. 28: Veränderungen der Selbstwahrnehmung bei Partnern von Dialyse-'Neulingen'

Skala	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Soziale Resonanz	46.25 46.92	46.92 44.83	46.25 44.83
Dominanz	52.67 51.83	51.83 ** 47.50 **	52.67 ** 47.50 **
Kontrolle	49.25 48.08	48.08 * 50.50 *	49.25 50.50
Grund- stimmung	56.00 57.17	57.17 57.33	56.00 57.33
Durch- lässigkeit	51.92 52.08	52.08 52.92	51.92 52.92
Soziale Potenz	48.25 51.00	51.00 49.08	48.25 49.08

SPRT_{Neul.} - Verlauf N = 12

Während zwischen den ersten beiden Testerhebungen keine statistisch signifikanten Unterschiede bestehen, treten solche jedoch im Verlauf der Untersuchung, das heißt mit zunehmender Dialysedauer auf; wie in der Partnergesamtgruppe nimmt auch in dieser Untergruppe die Gefügigkeit beträchtlich ab und entwickelt sich ins Gegenteil (sowohl von T2 nach T3 als auch zwischen T1 und T3 s.s. Unterschiede).

Im Laufe der Untersuchung (vom 2. zum 3. Zeitpunkt) schreiben sich die Partner weniger Merkmale wie Unterkontrolle-Triebhaftigkeit, sondern eher Kontrolle zu.

Vergleich der Selbstwahrnehmung von neuen
Patienten und Partnern.

Tab. 29: Vergleich der Selbstschilderung von Patienten-
'Neulingen' und deren Partnern anhand des FPI
(Tabelle siehe nächste Seite)

Entsprechend den Ergebnissen der Gesamtgruppe unterscheiden sich Dialyse-'Neulinge' bei T1 und T2 ebenfalls in den Merkmalen 'Gehemtheit' und 'Maskulinität': die Partner der Neulinge erleben sich - verglichen mit ihren Patienten - als sehr gehemmt (tendenzielle Differenz zu den Patienten bei T1 und T2). Daß sie sich nur in geringem Maß maskuline Eigenschaften zuschreiben, hängt vermutlich mit der Geschlechterverteilung dieser Gruppe zusammen (10 von 12 Partnern sind weiblichen Geschlechts).

Diese Unterscheidung verringert sich bei der letzten Untersuchung: nun zeichnet sich eine stärkere Aggressionsneigung bei den neuen Dialysepatienten und eine zunehmende Aggressionshemmung bei deren Partnern ab (tendenzieller Unterschied).

Die neuen Dialysepatienten und -partner sehen sich über die Zeit hinweg als wenig aggressiv, sehr rücksichtsvoll und emotional labil (Skalen 2, 7 und N).

Skala	T1	T 2	T 3
Nervosität	2.55 3.88	2.27 3.50	2.82 4.38
Aggressivität	1.91 .75	2.00 .75	2.18 .50 +
Depressivität	3.09 3.63	3.82 3.88	3.45 3.63
Erregbarkeit	2.82 2.63	3.27 3.13	3.00 2.63
Geselligkeit	3.64 2.50	3.36 2.13	3.18 2.75
Gelassenheit	3.73 3.00	3.45 2.75	3.73 3.13
Dominanzstreben	1.55 1.75	1.91 1.00	2.00 1.50
Gehemmtheit	2.18 4.38 +	2.27 4.38 +	3.00 4.13
Offenheit	3.27 2.25	3.27 2.63	2.55 2.25
Zusatzskalen:			
Extraversion	3.09 1.75	3.00 2.00	2.73 2.25
Emot. Labilität	2.64 3.50	3.55 4.50	3.18 4.13
Maskulinität	4.09 * 2.13	3.09 + 1.63 +	3.27 1.88

Tab. 29 FPI-PAT_{Neul.} - FPI-PRT_{Neul.} N = 11/8

Tab. 30: Vergleich der Selbstbilder von neuen Dialysepatienten und deren Partnern anhand des GT

Skala	T 1	T 2	T 3
Spziale Resonanz	49.08 46.25	45.92 46.92	48.25 44.83
Dominanz	47.33 52.67	42.00 51.83*	45.50 47.50
Kontrolle	51.25 49.25	47.42 48.08	49.08 50.50
Grundstimmung	53.33 56.00	59.42 57.17	60.25 57.33
Durchlässigkeit	48.67 51.92	50.42 52.08	51.83 52.92
Soziale Potenz	48.42 48.25	46.08 51.00	48.50 49.08

SPAT_{Neul.} - SPRT_{Neul.}

N = 12/12

Obwohl im Ausprägungsgrad der Merkmale zum Teil deutlichere Unterschiede zwischen dem neuen Dialysepatienten und seinem Partner liegen, machen diese sich aufgrund der geringen Stichprobengröße mit Ausnahme von Skala 2 als statistisch bedeutsame Differenz sonst nicht bemerkbar: beim 2. Testtermin sehen sich die Dialysepatienten, die sich neu im chronischen Dialyseprogramm befinden, sehr dominant, während ihre Partner sich eher gefügig-unterwürfig schildern.

Für beide Personengruppen sind hohe Werte in der Skala 'Grundstimmung' kennzeichnend: Patient und Partner erleben sich als depressiv.

7.2.4.2. Fremdwahrnehmung der Dialyse-'Neulinge'
(PAT und PRT)

Ergebnisse der Verlaufsanalyse
(PAT und PRT)

Tab. 31: Veränderungen der Dialysepartner aus der Sicht der neuen Dialysepatienten

Skala	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Soziale Resonanz	56.17 51.75 +	51.75 52.42	56.17 52.42 *
Dominanz	48.58 43.17 +	43.17 49.50 *	48.58 49.50
Kontrolle	50.92 49.33	49.33 48.92	50.92 48.92
Grundstimmung	53.50 55.50	55.50 54.58	53.50 54.58
Durchlässigkeit	48.92 51.42	51.42 49.33	48.92 49.33
Soziale Potenz	47.75 50.17	50.17 * 45.08	47.75 45.08

FPAT - Verlauf

N = 12

Vergleicht man die Beurteilungen der Partner durch die Dialyse-
'Neulinge' (FPAT), so wiederholt sich auch in dieser Untergruppe
wie in der Gesamtstichprobe (vgl. Tab. 15), daß die Patienten bei
ihren Partnern zwischen T1 und T2 nachlassende Attraktivität und zu-
nehmende Dominanz (beides auf dem 10%-Niveau) wahrnehmen.

Dieser Trend wird für die 'Soziale Resonanz' beim Vergleich von
T1 und T3 prägnanter (sign. Verringerung der Attraktivität des
Partners aus der Sicht des Patienten).

Zwischen T2 und T3 reduziert sich die vom Patienten eingeschätz-
te Dominanz des Partners bedeutend (sign. Unterschied). Die
Patienten sprechen ihren Partnern vermehrt soziale Potenz zu.
Unklar bleibt, ob methodische Effekte wie zum Beispiel Regressions-
effekte die veränderte Wahrnehmung der Dominanz erklären.

Tab. 32: Verlauf der Fremdwahrnehmung des Partners, das heißt dessen Wahrnehmung vom Dialysepatienten ('Neuling')

Skala	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Soziale Resonanz	53.50 50.25	50.25 51.08	53.50 51.08
Dominanz	47.42 45.17	45.17 43.33	47.42** 43.33
Kontrolle	48.33 48.42	48.42 46.67	48.33 46.67
Grundstimmung	57.17 57.67	57.67 56.00	57.17 56.00
Durchlässigkeit	55.00 53.75	53.75 57.50 *	55.00 57.50
Soziale Potenz	49.25 53.00	53.00 51.50	49.25 51.50

FPRT_{Neul.} - Verlauf N = 12

Die Entwicklung der Wahrnehmung des Dialyse-'Neulings' durch seinen Partner nimmt einen ähnlichen Verlauf wie in der Gesamtgruppe (vgl. Tab. 16).

Im Verlauf der Zeitspanne zwischen der 1. und 2. Patenerhebung treten keine statistisch relevanten Veränderungen bei den neuen Patienten aus der Sicht ihrer Partner auf.

Die Art und Weise, in der der Patient vom Partner wahrgenommen wird, ändert sich auch im Laufe der Untersuchung nur in wenigen Merkmalen: der Dialyse-'Neuling' wird als deutlich verschlossener (T2-T3) und auffallend dominanter erlebt (T1-T3, s.s.).

Vergleich der Fremdbilder von neuen
Patienten und Partnern

Tab. 33: Vergleich der Fremdbilder von neuen Dialysepatienten und deren Partnern

Skala	T 1	T 2	T 3
Soziale Resonanz	56.17 53.50	51.75 50.25	52.42 51.08
Dominanz	48.58 47.42	43.17 45.17	49.50 43.33+
Kontrolle	50.92 48.33	49.33 48.42	48.92 46.67
Grundstimmung	53.50 57.17	55.50 57.67	54.58 56.00
Durchlässigkeit	48.92 55.00	51.42 53.75	49.33 57.50 *
Soziale Potenz	47.75 49.25	50.17 53.00	45.09 51.50

FPAT_{Neul.} - FPRT_{Neul.}

N = 12/12

Die gegenseitige Einschätzung fällt bei Patienten und Partnern sehr ähnlich aus (bei T1 und T2 keine signifikanten Unterschiede). Zahlenmäßige Unterschiede reichen für eine statistische Relevanz meist nicht aus. Die einzigen signifikanten Differenzen liegen bei T3 in den Skalen 2 und 5: der Partner nimmt den Patienten als sehr dominant und verschlossen-mißtrauisch wahr und unterscheidet sich in dieser Hinsicht eindeutig vom Patienten; dieser hält seinen Partner für durchschnittlich dominant/gefügig und offen.

Beide betrachten jeweils den anderen für depressiv.

7.2.4.3. Wunschvorstellungen über den neuen Dialysepatienten

Ergebnisse der Verlaufsanalyse

(PAT und PRT)

Tab. 34: Verlauf der Idealvorstellungen der Dialyse-'Neulinge'

Skala	T1 - T2	T2-T3	T1-T3
Soziale Resonanz	58.83 53.67	53.67 54.25	58.83 54.25
Dominanz	51.42 51.08	51.08 48.67	51.42 48.67
Kontrolle	49.67 51.83	51.83 51.17	49.67 51.17
Gründ- stimmung	36.75 41.83 +	41.83 43.08	36.75 43.08
Durch- lässigkeit	39.83 42.33	42.33 43.92	39.83 43.92
Soziale Potenz	40.33 39.75	39.75 39.50	40.33 39.50

IPAT Neul. - Verlauf N = 12

Bei den Patienten, die sich neu im chronischen Dialyseprogramm befinden, treten im Verlauf des Untersuchungszeitraumes keine Veränderungen auf: Ihre Idealvorstellungen bleiben unverändert. Lediglich tendenziell zeigt sich, daß sich die neuen Dialysepatienten gerade anfangs etwas weniger hypomanisch wünschen (10%-Niveau).

Tab. 35: Veränderungen der Wunschvorstellungen der Partner
über den Patienten

Skala	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Spziale Resonanz	54.67 55.42	55.42 56.42	54.67 56.42
Dominanz	46.17 47.83	47.83 47.67	46.17 47.67
Kontrolle	48.83 45.75	45.75 46.42	48.83 46.42
Grund- stimmung	42.67 42.17	42.17 41.08	42.67 41.08
Durch- lässigkeit	38.83 40.58	40.58 39.00	38.83 39.00
Soziale Potenz	45.08 44.42	44.42 43.58	45.08 43.58

Verlauf FIPRT_{Neul.}

N = 12

Die Art, in der die Partner sich den Patienten wünschen, bleibt über die ganze Untersuchung konstant. Sie möchten, daß er attraktiv-beliebt, eher dominant-impulsiv, unterkontrolliert, hypomanisch, sehr offen und sozial potent ist.

Vergleich der Idealbilder von neuen Patienten
und Partnern

Tab. 36: Vergleich der Idealvorstellungen über den neuen Dialysepatienten

Skala	T 1	T 2	T 3
Soziale Resonanz	58.83 54.67	53.67 55.42	54.25 56.42
Dominanz	51.42 46.17 ⁺	51.08 47.83	48.67 47.67
Kontrolle	49.67 48.83	51.83 * 45.75	51.17 46.42 ⁺
Grund- stimmung	36.75 42.67 ⁺	41.83 42.17	43.08 41.08
Durch- lässigkeit	39.83 38.83	42.33 40.58	43.92 39.00 ⁺
Soziale Potenz	40.33 45.08	39.75 44.42	39.50 43.58

IPAT_{Neul.} - FIPRT_{Neul.} N = 12/12

Während in der Gesamtgruppe die Wünsche des Patienten an sich selbst mit denen seines Partners an ihn übereinstimmen (vgl. Tab. 21), differieren die Ideale bei den Neulingen in einigen Punkten:

Bei der ersten Untersuchung wünschen sich die Patienten ausgesprochen hypomanisch-extravertiert. Die Partner möchten zwar auch einen hypomanischen Patienten, jedoch nicht in derart starkem Maß. Die Patienten möchten gefügiger sein, die Partner wünschen sich den Patienten jedoch dominanter. Bei T2 und T3 haben die Partner den Wunsch, der Patient möge weniger kontrolliert sein, während der Patient sich eher diszipliniert-kontrolliert wünscht.

Eine leichte Abgrenzung der Ideale von Patient und Partner zeigt sich in Skala 5 (T3): die Partner möchten einen sehr offenen und vertrauensvoll sich mitteilenden Patienten. Dies wünscht sich der Patient zwar auch, aber weniger ausgeprägt.

7.2.5. Interpersonelle Wahrnehmung

Die Analyse der Paar-Interaktion anhand des Gießen-Tests kann nach Beckmann und Mitarbeitern (Beckmann/Junker 1973, Beckmann/Maack 1978, Beckmann/Richter 1979) im wesentlichen auf zwei Ebenen erfolgen. "Zunächst ist interessant, auf welcher Skala sich im Selbst- oder Fremdbild größere Abweichungen von der Norm finden [primäre Ebene] Die sekundäre Ebene der Interaktion [Ebene der Paardynamik] berücksichtigt allein die paarbezogenen Interaktionsformen Hierzu werden die Differenzen ... der Beurteilungen betrachtet" (Beckmann/Maack 1978, S. 116).

Während im allgemeinen auf der primären Ebene 3 Vergleiche vorgenommen werden - Vergleich von Selbst- und Fremdbild, Vergleich der Urteile von Männern und Frauen, Vergleich beurteilter Männer und Frauen - interessiert im Fall der vorliegenden Fragestellung ausschließlich der Vergleich von Selbst- und Fremdbildern.

Die Daten auf der sekundären Ebene, das heißt auf der Ebene der Paardynamik werden von Beckmann/Maack unter drei Aspekten analysiert:

1. Korrelation von Selbst- und Fremdbild gleicher Objekte (Beurteilerübereinstimmung bzw. Bestätigung/Negation der Position),
2. Korrelation von Selbst- und Fremdbild gleicher Beurteiler (Grad der positiven/negativen identifikatorischen Projektion),
3. Korrelation von männlichen und weiblichen Beurteilungen (Grad der Symmetrie/Komplementarität der Geschlechterpositionen).

Bei der Analyse der Interaktionsstrukturen von Dialysepaaren sind vor allem Bestätigung bzw. Negation der Position von Patient und Partner und Hinweise auf identifikatorische Projektionsvorgänge

von Bedeutung. Diese beiden Interaktionsmaße wurden für die vorliegende Personengruppe berechnet und diskutiert.

Sie beruhen zum einen auf den Daten aller (Ehe-) Paare ($N = 34$ Paare über alle drei Zeitpunkte), zum anderen auf einer um weibliche Dialysepatienten und männliche Dialysepartner reduzierte Untergruppe von $N = 25$ Paaren.

Während in der vorliegenden Untersuchung Selbst- und Fremdbilder nach dem Kriterium Patient/Partner erfaßt wurden, erhoben Beckmann/Maack diese Bilder nach Geschlechtern getrennt. Um einen Vergleich mit den Daten der Gießener Eich- und Klinischen Stichprobe an Ehepaaren zu ermöglichen, mußte die Freiburger Paar-Stichprobe nach Geschlechtern unterteilt werden (25 männliche, 9 weibliche Dialysepatienten). Zugunsten der größeren Personenzahl wurde die Gruppe mit 25 männlichen Patienten und entsprechend 25 weiblichen Partnern zum Vergleich ausgewählt; sie wird in Anlehnung an Beckmann/Maack (Ehepaar-Eichstichprobe = EEP, Klinische Stichprobe von Ehepaaren = KEP) als HDEP (Stichprobe von Hämodialyse-Ehepaaren) gekennzeichnet.

Die von Beckmann/Maack verwendete Symbolisierung entspricht folgender Signierung der vorliegenden Arbeit:

MM / WM - SPAT / FPRT (Mann/Frau)
WW / MW - SPRT / FPAT (Frau/Mann)
MM / MW - SPAT / FPAT (Mann/Mann)
WW / WM - SPRT / FPRT (Frau/Frau).

Die zur Kennzeichnung gewählte Terminologie der Autoren - zum Beispiel Selbst- und Fremdbild 'gleicher Objekte' oder 'gleicher Beurteiler' - soll ebenfalls übernommen werden.

Die Diagnostik der Interaktionsformen von Dialysepaaren wird über den Ansatz von Beckmann/Maack hinaus ergänzt durch die Berechnung von Ähnlichkeitskoeffizienten, die - analog der Korrelationen auf der sekundären Ebene - Aussagen für jedes einzelne

Paar zulassen. Im Gegensatz zur sekundären Ebene, bei der für alle Patienten und Partner Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten pro Skala berechnet werden, ergibt der Ähnlichkeitskoeffizient nach Cattell (vgl. Baumann 1971) pro Paar für den gesamten Test einen einzigen Wert. Er gibt an, wie ähnlich sich die Bilder einzelner Paare als Ganzes sind.

Analog der Interaktionsstrukturanalyse nach Beckmann/Maack wurden für die Berechnung des Ähnlichkeitskoeffizienten ebenfalls die Kombinationen

SPAT / FPRT

SPRT / FPAT

SPAT / FPAT

SPRT / FPRT

zugrundegelegt.

Die Ergebnisse der interpersonellen Wahrnehmung sollen gemäß den verschiedenen Ebenen der Interaktionsanalyse nach folgenden Gesichtspunkten dargestellt werden

- primäre Ebene
- sekundäre Ebene
- Ebene einzelner Paare.

7.2.5.1. Primäre Ebene: Vergleich der Selbst- und Fremdbilder
gleicher Objekte und gleicher
Beurteiler

- 1.) N = 34 Paare (nach Geschlecht gemischt)
- 2.) N = 25 Paare (HDEP: ausschließlich männliche
Patienten/ weibliche Partner)

Tab. 37: Vergleich der Selbst- und Fremdbilder gleicher Objekte

Skala	SPAT - FPRT			SPRT - FPAT		
	T 1	T 2	T 3	T 1	T 2	T 3
Soziale Resonanz	49.62 51.56	46.82 50.59 +	47.50 50.59	46.41 56.44 **	47.00 53.62 **	45.41 53.06 **
Dominanz	49.85 48.94	46.21 47.94	47.29 46.50	52.03 48.76	48.53 45.44	47.76 46.82
Kontrolle	52.83 51.00	48.65 49.41	50.15 48.76	47.65 52.50 +	48.62 51.29	49.53 50.35
Grundstimmung	54.06 56.24	56.26 56.76	56.26 55.91	58.35 52.88 *	58.59 + 54.41	57.06 54.53
Durchlässigkeit	48.88 51.24	50.71 51.35	52.09 53.41	50.79 48.35	49.18 48.62	49.35 48.00
Soziale Potenz	48.71 49.50	51.65 50.38	52.12 51.62	48.94 48.53	49.94 48.09	49.35 47.79

N = 34 / 34

Die Wahrnehmung des Patienten von sich selbst und die seines Partners von ihm unterscheiden sich - mit Ausnahme von Skala 1 bei T2 (der Partner nimmt den Patienten attraktiver wahr als dieser sich selbst) - nicht statistisch signifikant. Beide erleben den Patienten als depressiv.

Bei der Gegenüberstellung der Selbstschilderung des Partners und seiner Beurteilung durch den Patienten treten Unterschiede bezüglich der wahrgenommenen Attraktivität und Depressivität des Partners auf: die Patienten sehen ihre Partner deutlich an-

ziehender, beliebter und weniger depressiv als die Partner sich selbst. Bei T1 differieren Patient und Partner etwas in der Beurteilung des Merkmals 'Kontrolle' des Partners; dieser sieht sich eher unterkontrolliert, der Patient ihn dagegen eher übermäßig kontrolliert. In den anderen Persönlichkeitsbereichen stimmen Selbst- und Fremdwahrnehmung des Partners überein. Auch der Partner wird als depressiv eingestuft.

Tab. 38: Vergleich der Selbst- und Fremdbilder gleicher Beurteiler

Skala	SPAT - FPAT			SPRT - FPRT		
	T 1	T 2	T 3	T 1	T 2	T 3
Soziale Resonanz	49.62 56.44**	46.82 53.62**	47.50 53.06**	46.41** 51.56	47.00* 50.59	45.41** 50.59**
Dominanz	49.85 48.76	46.21 45.44	47.29 46.82	52.03 48.94+	48.53 47.94	47.76 46.50
Kontrolle	52.38 52.50	48.65 51.29	50.15 50.35	47.65 51.00	48.62 49.41	49.53 48.76
Grundstimmung	54.06 52.88	56.26 54.41	56.26 54.53	58.35 56.24	58.59 56.76	57.06 55.91
Durchlässigkeit	48.88 48.35	50.71 48.62	52.09* 48.00	50.79 51.24	49.18 51.35	49.35** 53.41**
Soziale Potenz	48.71 48.53	51.65 48.09+	52.12* 47.79	48.94 49.50	49.94 50.38	49.35 51.62

N = 34 / 34

Sowohl auf Patienten-Seite als auch auf der Seite des Partners treten bedeutsame Unterschiede in der Wahrnehmung der Attraktivität auf: die Patienten sehen sich durchgehend als wenig attraktiv, den Partner dagegen als attraktiv.

Weniger krass, jedoch mit den gleichen Vorzeichen ist dies auch bei den Partnern der Fall: sie erleben sich wenig attraktiv, den Patienten jedoch als durchschnittlich attraktiv.

Statistisch relevante Unterschiede treten in der 3. Untersuchung in der Einschätzung der Durchlässigkeit/Verschlossenheit auf, die jedoch inhaltlich für beide Gruppen in die gleiche Richtung gehen: die Patienten beschreiben sich als verschlossen, den Partner als offen und der Partner entsprechend sich eher als offendurchlässig und den Patienten als verschlossen.

Ausschließlich bei den Patienten ist eine deutliche Differenzierung bezüglich der sozialen Potenz zu beobachten: sie sehen sich als sozial impotent, ihre Partner als sozial potent (T3).

Allein bei den Partnern steht die Wahrnehmung der Dominanz/Gefügigkeit des Patienten im Gegensatz zum eigenen Erleben: sie beschreiben sich als gefügig, den Patienten als eher dominant (tendenzieller Unterschied).

Tab. 39: Vergleich von Selbst- und Fremdbild gleicher Objekte

Skala	SPAT - FPRT			SPRT - FPAT		
	T 1	T 2	T 3	T 1	T 2	T 3
Soziale Resonanz	48.16 51.04	45.32 50.48 *	45.84 49.88	46.08 56.60 **	46.32 53.52**	44.44 52.68 **
Dominanz	49.24 48.60	45.92 48.16	46.68 46.00	52.36 48.56	48.60 46.40	47.76 47.24
Kontrolle	51.44 50.32	48.16 49.16	49.80 48.24	48.28 + 54.32 +	49.68 52.72	50.44 52.72
Grundstimmung	50.88 55.76	54.04 56.80	54.40 55.72	59.16 54.88	59.72 56.40	59.00 55.92
Durchlässigkeit	48.52 51.48	50.80 52.84	51.12 54.56	52.08 49.16	49.92 48.40	50.16 47.08
Soziale Potenz	48.60 48.80	52.44 49.76	51.96 52.20	48.60 46.48	49.80 47.80	50.16 47.60

N = 25/ 25

Vergleicht man die Beurteilung des männlichen Dialysepatienten (bei N = 25 ist der Patient männlich, der Partner weiblich) treten Unterschiede lediglich bei T2 für Skala 1 auf: die Männer (PAT) schätzen sich als unattraktiv, ihre Partnerinnen sie als durchschnittlich attraktiv ein.

Weitere statistisch bedeutsame Differenzen sind nicht vorhanden, das heißt daß die Patienten von den Partnerinnen so gesehen werden, wie die Patienten sich selbst wahrnehmen.

Bezüglich der Einschätzung der Attraktivität der Dialysepartnerin divergieren Patient und Partnerin stark: die Frau beschreibt sich als unattraktiv, wird jedoch vom Mann (PAT) als attraktiver erlebt (s.s. Differenz).

Bei der 1. Untersuchung unterscheiden sich Patient und Partner ansatzweise in der Beurteilung der Kontrolle: die Partnerin sieht sich als eher unterkontrolliert, der Mann hält sie für zwanghaft kontrolliert. Diese Divergenz verliert sich mit Fortschreiten der Untersuchung.

Tab. 40: Vergleich der Selbst- und Fremdbilder gleicher Beurteiler

Skala	SPAT - FPAT			SPRT - FPRT		
	T 1	T 2	T 3	T 1	T 2	T 3
Soziale Resonanz	53.40 52.60	50.68 49.52	50.68 49.68	48.44 48.84	47.88 48.80	47.16 47.48
Dominanz	49.08 50.76	46.12 46.52	46.52 48.76	51.32 50.04	49.40 47.76	48.84 46.20
Kontrolle	49.76 53.32	47.92 ** 56.60	50.20 ** 56.32	49.60 ** 58.76	52.08 * 58.36	50.16 58.88 **
Grundstimmung	50.12 53.32	53.52 56.60	54.84 56.32	56.68 58.76	57.44 58.36	55.84 58.88
Durchlässigkeit	48.88 48.84	50.32 49.76	50.88 49.72	51.40 51.24	51.48 50.60	52.68 52.24
Soziale Potenz	48.00 47.92	51.08 49.88	48.84 50.96	49.12 49.40	50.76 48.84	50.32 51.24

N = 25 / 25

Charakteristisch ist sowohl für den männlichen Dialysepatienten als auch für seine Partnerin, daß sie sich selbst als durchschnittlich kontrolliert bis leicht unterkontrolliert darstellen, den anderen im Gegensatz zu sich als zwanghaft kontrolliert betrachten.

7.2.5.2. Sekundäre Ebene:

In den ersten Tabellen (41-48) sind die Korrelationen oben aufgeführter Bildkombinationen und deren Verlauf dargestellt, in den letzten Tabellen (49-54) dieses Abschnittes die Paarstrukturvergleiche dieser Stichprobe mit denen von Beckmann/Maack. Bei dieser Stichprobe (HDEP) ist der Mann immer der Patient, die Frau die Dialysepartnerin.

Tab. 41: Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdbild gleicher Objekte

	SPAT - FPRT			SPRT - FPAT		
Skala	T 1	T 2	T 3	T 1	T 2	T 3
Soziale Resonanz	.35	.19	.28	.05	.21	.34
Dominanz	.48	.57	.26	.03	.26	.21
Kontrolle	.48	.51	.30	.27	.26	.30
Grundstimmung	.22	.21	.47	.26	.52	.29
Durchlässigkeit	.32	-.13	-.07	.08	.38	.18
Soziale Potenz	.25	.23	.24	.39	.30	.33
mittleres r	.35	.28	.25	.19	.33	.27

N = 34

Beurteilung des Patienten

Bei T1 korrelieren Selbstbild des Patienten und Fremdbild des Partners im Vergleich zu T2 und T3 am höchsten (mittleres $r = .35$). Höhere Übereinstimmungen betreffen die Einschätzung der Attraktivität, Dominanz, Kontrolle und Durchlässigkeit. Ein geringer Zusammenhang besteht zwischen der Auffassung des Patienten und der des Partners bezüglich der stimmungsmäßigen Verfassung und sozialen Potenz/Impotenz des Patienten (Patient hält sich für weniger depressiv und eher sozial potent - vgl. Tab. 37).

Bei der 2. Untersuchung verringert sich das Ausmaß des Zusammenhangs zwischen Selbstbild des Patienten und Fremdbild des Partners insgesamt etwas (mittleres $r = .28$). Während eine hohe Übereinstimmung zwischen Patient und Partner in der Beurteilung der Dominanz/Unterwerfung und Unterkontrolliertheit/Zwanghaftigkeit des Patienten bestehen bleibt (nimmt nach T1 zu), deutet sich in den Skalen 1 und 5 eine entgegengesetzte Entwicklung an: die geringe Attraktivität des Patienten wird vom Partner nicht, das Maß an Offenheit/Verschlossenheit eher konträr wahrgenommen.

Zum Schluß der Erhebung (T3) wird der Patient am ehesten noch im Ausmaß seiner depressiven Stimmung bestätigt: Patient und Partner stimmen weniger überein in der Beurteilung der Attraktivität (Pat. sieht sich unattraktiver, vgl. Tab. 37), Dominanz (Partner sieht den Patienten dominanter), Durchlässigkeit (Partner sieht den Patienten verschlossener) und soziale Potenz (Patient sieht sich sozial impotenter).

Beurteilung des Partners

Im Gegensatz zu den Zusammenhängen zwischen Selbstbild des Patienten und Fremdbild des Partners fallen bei der Einschätzung des Partners (aus eigener Sicht und der des Patienten) zum Zeitpunkt 1 viele niedere Korrelationen auf. Sie betreffen in erster Linie die Merkmale 'Soziale Resonanz', 'Dominanz' und 'Durchlässigkeit'. In der Beurteilung dieser Dimensionen liegen geringe Übereinstimmungen zwischen Partner und Patient vor. Die höchste Korrelation im Vergleich hierzu besteht im Ausmaß der sozialen Potenz/Impotenz. Hier decken sich die Beurteilungen am ehesten, nämlich insofern, als der Partner von beiden eher als sozial potente Persönlichkeit gesehen wird (vgl. Tab. 37).

Beim 2. Untersuchungstermin nimmt der Grad an Übereinstimmung insgesamt zu. Die höchsten Zusammenhänge liegen in der Wahrnehmung der Stimmung und Durchlässigkeit des Partners: er wird von

seinen Patienten - in Übereinstimmung mit ihm - als depressiv gesehen. In der Beurteilung der Offenheit findet eine Annäherung statt.

Bei Untersuchungsende (T3) treten abermalige Veränderungen auf: die Korrelation zwischen Selbstbild des Partners und Fremdbild des Patienten im Hinblick auf die Attraktion des Partners steigt von T1 nach T3 an.

Der Patient erkennt eher den Grad an Attraktivität des Partners. In diesem Sinne ist auch die Übereinstimmung bezüglich der sozialen Potenz des Partners zu verstehen. Höhere Konkordanzen bezüglich der Stimmung und Durchlässigkeit des Partners bei T2 reduzieren sich zum Schluß der Erhebung wieder. Das Ausmaß an Depressivität und die Neigung des Partners, sich eher zu verschließen, werden vom Patienten weniger prägnant erfaßt.

Beim Vergleich der Korrelationen zwischen Selbst- und Fremdbildern fällt auf, daß die Zusammenhänge zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung des Patienten zu Beginn (T1) weitaus höher liegen als bei T2 und T3; der Patient wird durch den Partner insgesamt mehr bestätigt, insbesondere hinsichtlich der Faktoren 'Soziale Resonanz', 'Dominanz', 'Kontrolle' und 'Durchlässigkeit'. Der Partner seinerseits wird in diesen Dimensionen - mit Ausnahme der sozialen Potenz - bedeutend weniger präzise wahrgenommen.

Bei T2 verlagert sich die Güte der Wahrnehmung mehr auf den Partner; er wird insbesondere in seiner depressiven und zur Offenheit neigenden Position durch den Patienten zum Teil stark bestätigt.

Bei T3 ist die gegenseitige Wahrnehmung ungenauer (mittleres $r = .24/.27$). Eindeutiger ist die Bestätigung des Partners in den Bereichen 'Attraktivität' und 'Soziale Potenz' und die des Patienten in seiner stimmungsmäßigen Verfassung.

Tab. 42: Selbst- und Fremdbilder gleicher Beurteiler

Skala	SPAT - FPAT			SPRT - FPRT		
	T 1	T 2	T 3	T 1	T 2	T 3
Soziale Resonanz	.30	.21	.33	.01	.48	.59
Dominanz	.30	.09	.12	.38	.25	.44
Kontrolle	.24	.25	.10	.18	.46	.25
Grundstimmung	-.02	-.28	-.20	.27	.35	.25
Durchlässigkeit	.37	.23	.43	.38	.38	.68
Soziale Potenz	.24	-.07	.18	.36	.13	.38
mittleres r	.25	.07	.17	.27	.34	.45

N = 34

Die durchschnittlichen Übereinstimmungsgrade zwischen den vom gleichen Beurteiler abgegebenen Selbst- und Fremdbildern (SPAT - FPAT; SPRT-FPRT) sind beim Patienten eher niedrig und rückläufig, beim Partner etwas höher und kontinuierlich ansteigend. Diese zahlenmäßigen Unterschiede sind auf der Patienten-Seite mit den zum Teil fehlenden, zum Teil negativen Projektionen, auf Partner-Seite mit den ausschließlich positiven identifikatorischen Übertragungen zu erklären.

Bei T2 und T3 deuten sich Unterschiede im Projektionsverhalten

beider Gruppen an (Patienten mittleres $r = .07$, Partner mittleres $r = .34$). Während sich beim Patienten keine Hinweise für eine Projektion in Bezug auf Dominanz (T2 und T3), Kontrolle (T3), Grundstimmung (T1 + T3) und soziale Potenz (T2+T3) ergeben, schreibt er andererseits dem Partner seinen Grad an Attraktivität (T1 + T3) und Offenheit (T1 + T3) zu. Eine gewisse Neigung zu negativ identifikatorischer Projektion zeigt sich bei der Beurteilung der Grundstimmung des Partners beim 2. Untersuchungszeitpunkt. Die Partner gehen in der Einschätzung des Patienten stärker vom eigenen Selbstbild aus und projizieren dieses eher in ihn. Dieser Mechanismus ist bei allen im GT erfaßten Persönlichkeitsmerkmalen zu beobachten; die Partner legen in den Patienten das Ausmaß an Attraktivität, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Aufgeschlossenheit und sozialer Potenz, das sie sich selber zuschreiben. Diese positive identifikatorische Projektion zeigt sich besonders im Merkmal 'Verschlossenheit'.

Tab. 43: Ergebnisse von EEP und KEP (Beckmann/Maack 1978, Tab. 4)

Skala	EEP		KEP	
	SPAT-FPRT	SPRT-FPAT	SPAT-FPRT	SPRT-FPAT
Soziale Resonanz	.35 .37	.33 .34	.29 .30	.44 .47
Dominanz	.43 .46	.44 .47	.73 .93	.47 .51
Kontrolle	.39 .41	.41 .44	.73 .93	.55 .62
Grundstimmung	.41 .44	.43 .46	.57 .65	.33 .34
Durchlässigkeit	.43 .46	.33 .34	.58 .66	.61 .71
Soziale Potenz	.39 .41	.36 .38	.25 .26	.38 .40

$N_{EEP} = 200$

$N_{KEP} = 55$

"Die Beurteilerübereinstimmung ist bei den Patientenehen höher, hier insbesondere bei den Männern (im Mittel $r = .53$). Aber auch die Werte der Frauen liegen hier bei den Problemen höher im Vergleich zu den repräsentativen Ehen. Die Korrelationen bei der repräsentativen Stichprobe stimmen zwischen den Geschlechtern sehr viel mehr überein." (Beckmann/Maack 1978, S. 119).

Weitere Informationen zu den Ergebnissen der Gießener Untersuchung in Beckmann/Maack 1978, S. 119.

Tab. 44: Korrelationen zwischen Selbst- und Fremdbildern gleicher Beurteiler der Gießener Stichproben (vgl. Tab. 5 in Beckmann/Maack 1978)

Skala	EEP		KEP	
	SPAT-FPAT	SPRT-FPRT	SPAT-FPAT	SPRT-FPRT
Soziale Resonanz	.26 .27	.36 .37	.25 .26	.19 .19
Dominanz	.09 .09	.04 .04	-.13 -.13	-.36 -.38
Kontrolle	.23 .23	.22 .22	-.24 -.25	-.31 -.32
Grundstimmung	.41 .44	.01 .01	-.38 -.40	-.33 -.34
Durchlässigkeit	.05 .05	-.01 -.01	-.18 -.18	-.28 -.29
Soziale Potenz	.34 .35	.23 .23	-.06 -.06	-.06 -.06

$N_{EEP} = 200$

$N_{KEP} = 55$

"Sehr auffallend ist die Differenz zwischen den beiden Stichproben außer bei Skala 1: bei Patientenehen wird der Partner in der Regel mehr oder weniger polar zum Selbstbild gesehen. Diese Polarität zeigt sich bei den Skalen 2,3,4 und 5 relativ ausgeprägt. Bei den repräsentativen Ehen ist die Tendenz bei Skala 3 umgekehrt, das heißt der zwanghafte Partner sieht sich selbst und den anderen so. Der Grad an identifikatorischer Projektion ist bei den Patientenehen höher und vor allem negativ (Skalen 2,3,4 und 5). Bei repräsentativen Ehen ist keine identifikatorische Projektion nachweisbar (Skalen 2,4 und 5) bzw. positiv (Skalen 1,3 und 6)". Näheres siehe Beckmann/Maack 1978, S. 120 .

Tab. 45: Korrelationen von Selbst- und Fremdbildern gleicher Objekte (HDEP)

Skala	SPAT - FPRT			SPRT - FPAT		
	T 1	T 2	T 3	T 1	T 2	T 3
Soziale Resonanz	.305 .315	.227 .231	.283 .291	.273 .280	-.020 -.020	.008 .008
Dominanz	.526 .584	.648 .772	.266 .273	-.130 -.131	.318 .330	-.013 -.013
Kontrolle	.483 .527	.573 .653	.214 .217	.127 .128	.173 .175	.094 .094
Grundstimmung	.169 .170	.323 .335	.464 .502	.354 .370	.482 .525	.270 .277
Durchlässigkeit	.324 .336	-.107 -.108	.014 .014	.012 .012	.503 .554	.392 .414
Soziale Potenz	.265 .271	.093 .093	.409 .434	.488 .533	.389 .411	.375 .394
mittleres r	.35	.32	.28	.20	.32	.19

Während die Konkordanz in der Beurteilung des Patienten für den Untersuchungszeitraum relativ konstant bleibt, scheinen beim Partner eher Schwankungen aufzutreten.

Die Bereiche, die vom anderen prägnant wahrgenommen werden, sind für beide verschieden: der Mann (PAT) wird vor allem in seiner dominanten, eher unterkontrollierten und depressiven Stimmung, die Partnerin in erster Linie in ihrer stark depressiven, offenen und sozial potenten Position bestätigt. Diese Form der Konkordanz kommt

teilweise (für den Patienten bei T1 und T2 in Skala 2 und 3, für den Partner bei T2 in Skala 5) einer Festlegung und Fixierung auf diese Position gleich.

Beurteilung des Patienten

Wie in der gesamten Paargruppe (N=34) zeigen sich auch in der um die weiblichen Patienten/männlichen Partner reduzierten Stichprobe (HDEP) hohe Korrelationen in den Dimensionen 'Dominanz/Unterwerfung' und 'Unterkontrolle/Zwanghaftigkeit' des Patienten. Der Patient wird diesbezüglich in seiner Position vom Partner bei der 1. und 2. Testerhebung sehr deutlich bestätigt.

Keine Übereinstimmung besteht bei der 1. Untersuchung in der Beurteilung der Stimmung des Patienten. Im Laufe der Zeit wird die stimmungsmäßige Verfassung des Patienten durch die Partnerin jedoch deutlicher wahrgenommen (vgl. Tab. 39). Für die Wahrnehmung der Offenheit/Verschlossenheit und sozialen Potenz/Impotenz bestehen lediglich bei T1 bzw. T3 Übereinstimmungen. Diese besagen, daß der Partner das Maß an Offenheit und sozialen Impotenz des Patienten auch so beurteilt wie dieser selbst.

Beurteilung des Partners

Das Maß an Übereinstimmung in der Beurteilung des Partners ist bei T1 und T3 vergleichsweise niedriger als das der Patienten. Bestätigung erhalten die Partner am ehesten in Bezug auf ihre Stimmung (T1+T2), Offenheit/Verschlossenheit (T2,T3) und das Ausmaß sozialer Potenz (T1,T2,T3). Wenig deutlich nimmt der Patient den Grad an Attraktivität, Dominanz und Kontrolle des Partners wahr, der sich unattraktiv, unterwürfig-gefügig und wenig kontrolliert erlebt (vgl. Tab. 39).

Tab. 46: Veränderung der Beurteilerübereinstimmung von Patienten und Partnern über die Zeit (HDEP)

Skala	SPAT - FPRT			SPRT - FPAT		
	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Soziale Resonanz	.315 .231	.231 .291	.315 .291	.280 -.020	-.020 .008	.280 .008
Dominanz	.584 .772	.772 .273	.584 .273	-.131 .330	.330 -.013	-.131 -.013
Kontrolle	.527 .653	.653 .217	.527 .217	.128 .175	.175 .094	.128 .094
Grundstimmung	.170 .335	.335 .502	.170 .502	.370 .525	.525 .277	.370 .277
Durchlässigkeit	.336 -.108	-.108 .014	.336 .014	.012 .554	.554 .414	.012 .414
Soziale Potenz	.271 .093	.093 .434	.271 .434	.533 .411	.411 .394	.533 .394

$N_1 = 25$

$N_2 = 25$

$df = 46$

1% - Niveau $\rightarrow$.802

5% - Niveau $\rightarrow$.603

In den Beurteilungsübereinstimmungen treten im Verlauf der Untersuchung keine Veränderungen auf.

Tab. 47: Korrelationen von Selbst- und Fremdbild gleicher Beurteiler (HDEP)

Skala	SPAT- FPAT			SPRT - FPRT		
	T1	T 2	T 3	T 1	T 2	T 3
Soziale Resonanz	.195 .197	-.025 -.025	.098 .098	.083 .083	.538 .602	.563 .637
Dominanz	.251 .256	.167 .169	.048 .048	.588 .674	.278 .285	.491 .537
Kontrolle	.131 .131	.211 .214	.281 .289	.239 .243	.524 .581	.344 .358
Grundstimmung	.180 .182	-.103 -.103	.094 .094	.296 .305	.366 .384	.341 .355
Durchlässigkeit	.377 .397	.009 .009	.443 .476	.593 .682	.579 .661	.858 1.285
Soziale Potenz	.050 .050	-.220 -.223	.067 .067	.486 .531	.418 .445	.474 .515

mittleres r .20 .01 .18 .40 .45 .54

N = 25

N = 25

Vom Patienten aus betrachtet besteht ein geringer, zum Teil negativer Zusammenhang zwischen seiner Selbsteinschätzung und den Merkmalen, die er der Partnerin zuschreibt (vgl. mittleres r). Dagegen ist der Grad an identifikatorischer Projektion bei den Partnerinnen größer und ausschließlich positiv.

Am ehesten scheint der Patient seiner Partnerin das Maß an Offenheit/Vertrauen zuzuschreiben (T1,T3). Zusammenhänge zwischen

der Selbstschilderung der Partnerinnen und dem von ihnen abgegebenen Fremdbild stehen in Gegensatz zu Selbst- und Fremdbild des männlichen Patienten. Das Ausmaß an positiver identifikatorischer Projektion der Dialysepartnerinnen steigt leicht von Testerhebung zu Testerhebung. Zum Zeitpunkt 1 legen sie am offensichtlichsten das Ausmaß an eigener Dominanz/Unterwerfung, Offenheit/Verschlossenheit und sozialen Potenz/Impotenz in den Patienten hinein. Bei der 2. und 3. Untersuchung sieht die Frau den Mann (PAT) in allen Bereichen (Ausnahme Skala 2 bei T2) wie sich selbst. Am deutlichsten projiziert sie bei T3 ihre Verschlossenheit in den Patienten.

Tab. 48: Veränderungen von Selbst- und Fremdbild gleicher Beurteiler (HDEP)

Skala	SPAT - FPAT			SPRT - FPRT		
	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T3
Soziale Resonanz	.197 -.025	-.025 .098	.197 .098	.083 .602	.602 .637	.083 .637
Dominanz	.256 .169	.169 .048	.256 .048	.674 .285	.285 .537	.674 .537
Kontrolle	.131 .214	.214 .289	.131 .289	.243 .581	.581 .358	.243 .358
Grundstimmung	.182 -.103	-.103 .094	.182 .094	.305 .384	.384 .355	.305 .355
Durchlässigkeit	.397 .009	.009 .476	.397 .476	.682 .661	.661 1.285 *	.682 1.285 *
Soziale Potenz	.050 -.223	-.223 .067	.050 .067	.531 .445	.445 .515	.531 .515

$$N_1 = 25$$

$$N_2 = 25$$

$$df = 46$$

$$1\% - N. \rightarrow .802$$

$$5\% - N. \rightarrow .603$$

Bei den Patienten treten über den Untersuchungszeitraum keine statistisch bedeutsamen Veränderungen auf.

Bei den Partnerinnen finden sich ebenfalls keine signifikanten Veränderungen außer im Merkmal Durchlässigkeit: der Grad an eigener Offenheit/Verschlossenheit wird in extremem Maß auf den Mann (PAT projiziert; das Ausmaß an positiver identifikatorischer Projektion steigt gegen Ende der Untersuchung.

Tab. 49: Vergleich der Selbst- und Fremdbilder gleicher Objekte;
Eichstichprobe und Klinische Stichprobe (EEP-KEP)

Skala	SPAT-FPRT	SPRT-FPAT
Spziale Resonanz	.365 .299	.343 .472
Dominanz	.460 .929 **	.472 .510
Kontrolle	.412 .929 **	.436 .618
Grundstimmung	.436 .648	.460 .343
Durchlässigkeit	.460 .662	.343 .709 *
Soziale Potenz	.412 .255	.377 .400

N₁ = 200

N₂ = 55

df = 251

1%-Niveau → .402

5%-Niveau → .305

Beurteilung des Mannes

Sehr signifikante Unterschiede bestehen zwischen der repräsentativen und der klinischen Ehepaarstichprobe bezüglich der Beurteilung der Merkmale 'Dominanz/Unterwerfung' und 'Unterkontrolle/Zwanghaftigkeit'. Die Männer werden - so Beckmann/Maack - in ihren Selbstbildern besonders stark durch die Fremdbilder ihrer Partnerinnen im Ausprägungsgrad dieser Dimensionen festgelegt. Hierin unterscheiden sie sich gravierend von den Paaren mit ungestörter Beziehung.

Beurteilung der Frau

Eine bedeutsame Abweichung der Patientenehen von der repräsentativen Stichprobe liegt in Skala 5 vor. Auch hier wird - wie bei der Beurteilung des Mannes - in der Gruppe gestörter Paarbeziehungen die Frau vom Mann im Ausmaß ihrer Offenheit/Vergeschlossenheit sehr viel mehr bestätigt als in der Gruppe ungestörter Ehen.

Tab. 50: Vergleich der Beurteilung männlicher Dialysepatienten
mit Eichstichprobe und klinischer Stichprobe nach Beckmann/
Maack

Skala	EEP - HDEP			KEP - HDEP		
	SPAT - FPRT			SPAT - FPRT		
	EEP-T1	EEP - T2	EEP - T3	KEP - T1	KEP - T2	KEP-T3
Soziale Resonanz	.365 .315	.365 .231	.365 .291	.299 .315	.299 .231	.299 .291
Dominanz	.460 .584	.460 .772	.460 .273	.929 .584	.929 .772	.929 .273 **
Kontrolle	.412 .527	.412 .653	.412 .217	.929 .527	.929 .653	.929 .217 **
Grund- stimmung	.436 .170	.436 .335	.436 .502	.648 .170	.648 .335	.648 .502
Durch- lässigkeit	.460 .336	.460 -.108 **	.460 .014 *	.662 .336	.662 -.108 **	.662 .014 **
Soziale Potenz	.412 .271	.412 .093	.412 .434	.255 .271	.255 .093	.255 .434

$N_{EEP} = 200$ 1% - N. $\rightarrow$.580
 $N_{HDEP} = 25$ 5% - N. $\rightarrow$.441
df = 221

$N_{KEP} = 55$ 1% - N. $\rightarrow$.676
 $N_{HDEP} = 25$ 5% - N. $\rightarrow$.509
df = 76

Der Vergleich der Dialysepaare mit denen der Eichstichprobe ergibt, daß zwischen ihnen - mit Ausnahme von Skala 5 bis T2 und T3 - keine Unterschiede bestehen. Während jedoch in der repräsentativen Gruppe die Männer im Grad ihrer Aufgeschlossenheit bzw. Verschlossenheit von ihren Frauen deutlich bestätigt werden (vgl. Beckmann/Maack 1978), negieren die Partnerinnen der Dialysepatienten diesen eher in Bezug auf das Ausmaß seiner Offenheit/Verschlossen-

senheit (1%-Niveau nur knapp verfehlt). Diese Abweichung macht sich noch deutlicher gegenüber der Klinischen Stichprobe (T2,T3) bemerkbar. Im Vergleich zu den Problemehen, in denen der Mann durch die Frau im Grad seiner Aufgeschlossenheit/Verschlossenheit stark festgelegt wird, hebt sich der Dialysepatient, der in seiner Durchlässigkeit/Verschlossenheit weder bestätigt noch negiert wird, deutlicher ab (s.s. Differenz).

Bei der letzten Untersuchung treten Differenzen zwischen Klinischer Stichprobe und Dialysegruppe in mehreren Bereichen - 'Dominanz', 'Kontrolle', 'Durchlässigkeit' - in Erscheinung. Die in allen drei Persönlichkeitsbereichen eindeutige Abhebung der Dialysepaare ist auf das gleiche Muster zurückzuführen: während die Männer der Problemehen in ihrem Selbstbild durch die Frau fixiert werden, erfährt der Dialysepatient keine oder nur minimale Bestätigung seiner Dominanz, Kontrolle und Durchlässigkeit.

Tab. 51: Vergleich der Beurteilung des weiblichen Dialysepartners mit Eich- und Klinischer Stichprobe

EEP - HDEP

KEP - HDEP

Skala	SPRT - FPAT			SPRT - FPAT		
	EEP - T1	EEP - T2	EEP - T3	KEP-T1	KEP-T2	KEP -T3
Soziale Resonanz	.343 .280	.343 -.020	.343 .008	.472 .280	.472 -.020	.472 .008
Dominanz	.472** -.131	.472 .330	.472 -.013 *	.510 -.131 *	.510 .330	.510 -.013 *
Kontrolle	.436 .128	.436 .175	.436 .094	.618 .128	.618 .175	.618 .094 *
Grund- stimmung	.460 .370	.460 .525	.460 .277	.343 .370	.343 .525	.343 .277
Durch- lässigkeit	.343 .012	.343 .554	.343 .414	.709 .012 **	.709 .554	.709 .414
Soziale Potenz	.377 .533	.377 .411	.377 .394	.400 .533	.400 .411	.400 .394

$N_{EEP} = 200$ 1% - N. $\rightarrow$.580

$N_{HDEP} = 25$ 5% - N. $\rightarrow$.441

df = 221

$N_{KEP} = 55$ 1% - N. $\rightarrow$.670

$N_{HDEP} = 25$ 5% - N. $\rightarrow$.509

df = 76

Auch beim Vergleich der Beurteilung der Dialysepartnerinnen durch ihre Männer einerseits (HDEP) und der Beurteilung der Frauen ungestörter und schwieriger Ehen andererseits (EEP und KEP), gründen sich die statistisch bedeutsamen Unterschiede auf deutlich abweichende Übereinstimmungsgrade. Während sowohl in der Eichstichprobe als auch in der Klinischen Stichprobe die Frau in ihrer eher gefügigen Position durch den Mann bestätigt wird, ignoriert oder negiert der männliche Dialysepatient das Ausmaß an

Gefügigkeit bei seiner Partnerin. Auffallend ist, daß diese Negation beim 2. Untersuchungstermin einer Bestätigung der mittlerweile dominanten Position der Frau Platz macht.

Darüber hinaus heben sich die Dialysepaare von der Klinischen Stichprobe in der Beurteilerübereinstimmung der Durchlässigkeit/Verschlossenheit zum Zeitpunkt 1 und der Unterkontrolle/Zwanghaftigkeit bei T3 auffallend ab. Auch hier basieren die Differenzen auf einer sehr hohen Übereinstimmung in den schwierigen Ehen und einem Mangel an Übereinstimmung bei den Dialysepaaren.

Tab. 52: Vergleich der Eich- und Klinischen Stichprobe (EEP und KEP) bezüglich der Korrelationen von Selbst- und Fremdbildern gleicher Beurteiler

Skala	SPAT-FPAT	SPRT-FPRT
Spziale Resonanz	.266 .255	.377 .192
Dominanz	.090 -.131	.040 -.377 **
Kontrolle	.234 ** -.245	.224 ** -.321
Grundstimmung	.436 -.400 **	.010 -.343 *
Durchlässigkeit	.050 -.182	-.010 -.288
Soziale Potenz	.354 ** -.060	.234 -.060

$N_1 = 200$

$N_2 = 55$

df = 251

1%-Niveau $\rightarrow$.402

5%-Niveau $\rightarrow$.305

Betrachtet man die Beurteilungen, die der Mann über sich selbst und über seine Frau abgibt, so unterscheiden sich die beiden Stichproben EEP und KEP zum Teil erheblich (s.s. Differenz). Die Männer gestörter Ehen sehen im Partner das Maß an Kontrolle, Grundstimmung und sozialer Potenz, welches sich konträr zum eigenen Bild verhält; dem steht in der Gruppe ungestörter Beziehungen ein mehr oder minder starker Grad an positiver identifikatorischer Projektion eigener Kontrolle, stimmungsmaßiger Verfassung und sozialer Potenz in die Partnerin gegenüber.

Auch was das Urteil der Frauen über ihre Männer angeht, bestehen statistisch bedeutsame Differenzen zwischen der Gruppe mit un-

gestörten und der mit schwierigen Ehen. Sie kommen - wie bei der Beurteilung der Männer - dadurch zustande, daß die Frauen der Patientenehen (KEP) den Partner polar zu sich sehen. Dies betrifft den Grad an Dominanz/Gefügigkeit, Kontrolliertheit und Stimmung.

Während in der repräsentativen Stichprobe bezüglich Dominanz und Stimmung unwesentliche Zusammenhänge zwischen der eigenen und der dem Mann zugeschriebenen Verfassung vorhanden sind (.040/.010), wird in den Mann schon eher der eigene Grad an Kontrolle (Skala 3) projiziert.

Tab. 53: Vergleich der Korrelationen von Selbst- und Fremdbild gleicher Beurteiler (Männer) zwischen Dialyse-, repräsentativer und klinischer Stichprobe (Beckmann/Maack 1978)

EEP - HDEP

KEP - HDEP

	SPAT - FPAT			SPAT - FPAT		
Skala	EEP-T1	EEP-T2	EEP-T3	KEP-T1	KEP-T2	KEP-T3
Soziale Resonanz	.266 .197	.266 -.025	.266 .098	.255 .197	.255 -.025	.255 .098
Dominanz	.090 .256	.090 .169	.090 .048	-.131 .256	-.131 .169	-.131 .048
Kontrolle	.234 .131	.234 .214	.234 .289	-.245 .131	-.245 .214	-.245 .289 *
Grundstimmung	.436 .182	.436 -.103 *	.436 .094	-.400 .182 *	-.400 -.103	-.400 .094
Durchlässigkeit	.050 .397	.050 .009	.050 .476	-.182 .397 *	-.182 .009	-.182 .476 **
Soziale Potenz	.354 .050	.354 -.223 **	.354 .067	-.060 .050	-.060 -.223	-.060 .067

$N_1 = 200$ 1% - N. $\rightarrow$.580

$N_2 = 25$ 5% - N. $\rightarrow$.441

df = 221

$N_1 = 55$ 1% - N. $\rightarrow$.676

$N_2 = 25$ 5% - N. $\rightarrow$.509

df = 76

Zwischen Eich- und Dialysestichprobe bestehen geringe Unterschiede, betrachtet man den Zusammenhang zwischen dem Selbstbild der Männer und dem von ihnen erstellten Fremdbild der Partnerinnen.

Von der repräsentativen Gruppe abweichende Korrelationen sind ausschließlich beim 2. Untersuchungstermin festzustellen (positive höhere Korrelationen stehen niederen negativen der Dialysestichprobe gegenüber): der Dialysepatient sieht die Partnerin hinsichtlich Stimmung und sozialer Potenz eher polar zu sich und

zwar depressiver und sozial potenter.

Umgekehrt sind die Verhältnisse im Vergleich zur Gruppe gestörter Ehen. Jene zeichnen sich durch negative Korrelationen, das heißt durch negative identifikatorische Projektionen aus. Dem stehen überwiegend positive, meist jedoch niedrige Zusammenhänge - das heißt keine Projektionszeichen - zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung der Dialysepatienten entgegen. Die Gegensätze zwischen klinischer und Dialysestichprobe sind darauf zurückzuführen, daß bei den Problemehen negative identifikatorische, in der Dialysegruppe dagegen positive identifikatorische Projektionen vorliegen (T3 - Skala 3, T1 und T3 - Skala 5).

Die Ergebnisse von Testerhebungszeitpunkt 2 fallen aus dem Rahmen der übrigen Untersuchungsergebnisse. Bei T1 und T3 besteht zwischen den Dialysepatienten (Männer) und den Ehemännern 'gesunder' Ehen (EEP) starke Übereinstimmung, von den Männern aus Problemehen weichen sie dagegen ab. Bei T2 wendet sich dieser Zusammenhang in eine Abweichung von den 'repräsentativen' Männern und eine Annäherung an die Projektionsmechanismen von Männern schwieriger Ehen.

Tab. 54: Vergleich der Korrelationen von Selbst- und Fremdbild gleicher Beurteiler (Partnerinnen) zwischen Dialyse-, Eich- und Klinischer Stichprobe

Skala	EEP - HDEP			KEP - HDEP		
	SPRT - FPRT			SPRT - FPRT		
	EEP-T1	EEP-T2	EEP-T3	KEP-T1	KEP-T2	KEP-T3
Soziale Resonanz	.377 .083	.377 .602	.377 .637	.192 .083	.192 .602	.192 .637
Dominanz	.040 .674 **	.040 .285	.040 .537 *	-.377 .674 **	-.377 .285 **	-.377 .537 **
Kontrolle	.224 .243	.224 .581	.224 .358	-.321 .243 *	-.321 .581 **	-.321 .358 **
Grundstimmung	.010 .305	.010 .384	.010 .355	-.343 .305 *	-.343 .384 **	-.343 .355 **
Durchlässigkeit	-.010 .682 **	-.010 .661 **	-.010 1.285 **	-.288 .682 **	-.288 .661 **	-.288 1.285 **
Soziale Potenz	.234 .531	.234 .445	.234 .515	-.060 .531 *	-.060 .445	-.060 .515 *

$N_1 = 200$ 1% - N. $\rightarrow$.580
 $N_2 = 25$ 5% - N. $\rightarrow$.441
 $df = 221$

$N_1 = 55$ 1% - N. $\rightarrow$.676
 $N_2 = 25$ 5% - N. $\rightarrow$.509
 $df = 76$

Die Partner weisen sich durch eine starke Projektionsneigung aus. Während die Frauen der Eichstichprobe in den Dimensionen 'Dominanz' und 'Durchlässigkeit' ihr Selbstbild nicht in die Männer projizieren, werden von den Dialysepartnerinnen eigene Dominanz/Gefügigkeit und Durchlässigkeits-/Verschlossenheitsempfindungen in hohem

Maß dem Mann (PAT) zugeschrieben.

In ihrem Grad an positiver identifikatorischer Projektion unterscheiden sich die Dialysefrauen von jenen aus ungestörten Ehen in bedeutsamer Weise (überwiegend auf dem 1%-Niveau).

Im Vergleich zur Klinischen Stichprobe (KEP), das heißt zu Paaren aus gestörten Ehen, setzen sich die Partnerinnen der Dialysepatienten deutlich und in fast allen Bereichen ab. Auch hier ist der Unterschied wiederum in bedeutend höheren und positiven Korrelationen in der Dialysestichprobe begründet.

Die Frauen der Klinischen Stichprobe zeichnen sich dadurch aus, daß sie den Partner außer in Skala 1 polar zum eigenen Selbstbild sehen, das heißt daß in den Mann der Grad an Dominanz, Kontrolle, Stimmung und Offenheit gelegt wird, der im Gegensatz zu ihnen selbst steht.

Die Dialysepartnerinnen fallen dagegen durch ein hohes Maß an positiver identifikatorischer Projektion auf und setzen sich in dieser Haltung überdeutlich von der Gruppe schwieriger Ehen ab.

7.2.5.3. Ebene einzelner Paare (Ähnlichkeitskoeffizient)

Analog der nach Beckmann/Maack oben vollzogenen Interaktionsstrukturanalyse wurden für die Berechnung des Ähnlichkeitskoeffizienten ebenfalls die Kombinationen

SPAT - FPRT	}	Tab. 55
SPRT - FPAT		

SPAT - FPAT	}	Tab. 56
SPRT - FPRT		

gewählt.

Betrachtet man die Ähnlichkeitsmaße der Selbst- und Fremdbilder insgesamt (das heißt alle Kombinationen über alle Zeiten), so fallen überwiegend negative Korrelationen auf, von denen ein großer Teil statistisch signifikant ist.

Tab. 55: Ähnlichkeit zwischen Selbst- und Fremdbild gleicher Objekte (Tabelle siehe nächste Seite)

Zwischen den Selbst- und Fremdbildern sowohl des Patienten als auch des Partners sind viele starke Unähnlichkeiten festzustellen. Das bedeutet, daß zwischen dem Bild, das der Patient bzw. Partner von sich hat, und dem, wie er gesehen wird, erhebliche Diskrepanzen bestehen.

Bei den Dialysepaaren scheinen insgesamt betrachtet beide Partner vom anderen nicht bestätigt, sondern in seiner Selbstwahrnehmung negiert zu werden.

Über den Untersuchungszeitraum hinweg nimmt die Zahl statistisch signifikanter, jedoch fast ausschließlich negativer Korrelationen in der Beurteilung des Patienten kontinuierlich zu: bei T1 handelt es sich um 8 Paare (2 Paare mit positiver Korrelation), bei T2 um 10 Paare (1 Paar pos.), bei T3 um 12 Paare (2 positiv) mit bedeutsamer Ähnlichkeit/Unähnlichkeit.

In der Beurteilung des Dialysepartners sind mehr statistisch signifikante, jedoch weniger positive Korrelationen zu finden: bei T1 10 Paare (1 positiv), bei T2 13 Paare (0 positiv), bei T3 10 Paare (2 pos. Korr.).

Tab. 55: Ähnlichkeit zwischen Selbst- und Fremdbild gleicher Objekte

Paar	SPAT - FPRT			SPRT - FPAT		
	T 1	T 2	T 3	T 1	T 2	T 3
1	-.35	-.11	.47	-.66 **	-.58 **	.01
2	.01	-.19	-.16	-.32	.11	-.51 **
3	.15	-.50 **	-.31	.19	-.42 *	-.57 **
4	-.08	-.43 *	.17	-.01	.24	.29
5	-.31	-.35	-.57 **	-.13	-.36	-.36
6	.13	.26	.32	.05	-.72 **	-.12
7	-.36	-.59 **	-.55 **	-.35	-.55 **	-.68 **
8	-.51 **	-.29	-.46 *	-.68 **	-.41 *	-.34
9	-.64 **	-.67 **	-.61 **	-.20	.25	.43
10	-.31	-.24	.00	-.01	-.48 *	.49
11	-.06	-.26	.20	-.15	-.24	-.12
12	.02	-.28	-.16	.08	-.22	.02
13	-.02	-.11	.32	-.46 *	.13	-.48 *
14	.14	-.49 *	-.32	-.39	-.07	.07
15	.22	-.10	-.64 **	-.46 *	-.10	-.34
16	.12	.11	.29	.10	.22	.07
17	.13	.53 *	.40	.23	-.52 **	.29
18	.26	-.04	.12	.00	.12	.08
19	.03	.01	.17	-.42 *	-.34	-.38
20	.04	.46	.33	-.12	-.70 **	-.09

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 55:

Paar	SPAT - FPRT			SPRT - FPAT		
	T 1	T 2	T 3	T 1	T 2	T 3
21	.78 **	.24	-.03	.22	-.70 **	.17
22	-.30	.31	-.35	-.31	-.28	-.25
23	-.44 *	-.28	.30	.07	-.43 *	.54 *
24	-.27	.16	-.21	-.58 **	-.71 **	-.31
25	.23	.23	-.18	-.42 *	.49	-.06
26	-.40 *	.31	-.25	-.52 **	.15	-.70 **
27	-.39	-.13	-.54 **	-.12	-.02	-.61 **
28	-.18	-.62 **	-.65 **	-.12	-.52 **	-.43 *
29	.54 *	.59 *	.81 **	.67 *	-.50 *	.62 *
30	-.31	-.52 **	-.41 *	-.25	-.13	.39
31	-.46 *	-.59 **	-.54 **	.01	-.54 **	-.51 **
32	-.06	.13	-.40 *	.40	-.51 **	.03
33	.49	.31	.61 *	-.39	-.36	.19
34	-.56 **	-.23	.09	-.66 **	.44	-.31

positive Korrelation⁺⁾

1%-Niveau ➡ .720

5%-Niveau ➡ .532

negative Korrelation

1%-Niveau ➡ -.517

5%-Niveau ➡ -.404

+) vergleiche Baumann 1971

Die Verlaufsanalyse der Patientenbeurteilung ergibt, daß bei einigen Paaren die Übereinstimmung mit der Zeit statistisch signifikant abnimmt (Paare 5,15,21,27,32), bei manchen die Ähnlichkeit zwischen den Bildern zunimmt (17,23,33,34).

In der Partnereinschätzung nimmt das Ausmaß an Unähnlichkeit zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung bei den Paaren 3,5,7,23, 26,27,28 und 31 von Mal zu Mal zu, bei den Paaren 1,8,15,24,25 und 34 der Grad an Unähnlichkeit ab.

Im Unterschied zur Beurteilung der Dialysepatienten treten bei der Partnereinschätzung teilweise konträre Befunde zu den restlichen Ähnlichkeitswerten auf. Diese Abweichung ist ausschließlich zu Zeitpunkt 2 zu beobachten: sie ist meist dergestalt, daß sich das Paar in der Wahrnehmung des Partners bei T1 und T3 ähnlich ist, während bei T2 eine deutliche Unähnlichkeit besteht (Paar 13,17,21,23,29,32). Entgegengesetzt ist der Verlauf bei den Paaren 2,10,25 und 34. Paare, die eine gleichläufige Entwicklung der Beurteilungsähnlichkeit nehmen, sind eher die Ausnahme (15,24,29,30). Ihnen stehen Paare gegenüber, deren Ähnlichkeitsgrade voneinander abweichen und bei denen die Richtung der Ähnlichkeit des einen der des anderen zuwiderläuft (6,9,13,17,20, 21,32,34). Lediglich für eines von 34 Paaren verläuft die hohe Ähnlichkeit beidseitig (Paar 29).

Tab. 56: Ähnlichkeit zwischen Selbst- und Fremdbild gleicher Beurteiler (Tabelle siehe nächste Seite)

Eine Vielzahl statistisch bedeutsamer, meist negativer Zusammenhänge kennzeichnet die Ähnlichkeit zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung vieler Patienten und Partner (Maß an Projektion auf Testebene nach Beckmann/Maack).

Bei der Hälfte der Patienten bleibt die Richtung der Ähnlichkeit über 2 oder 3 Zeitpunkte in sehr signifikanter Weise bestehen (1,6,7,8,9,10,11,13,15,19,21,22,26,27,29,31,32).

Wie bei den Patienten sind die Zusammenhänge zwischen den Bildern der Partner (SPRT, FPRT) durch viele konstante (2 oder 3 Zeitpunkte) und signifikante bis sehr signifikante Übereinstimmungen gekennzeichnet (1,8,9,12,15,16,22,27,29,30,31,32).

Vergleicht man die Ähnlichkeiten der Bilder gleicher Beurteiler im Sinne eines Hinweises auf Projektionsvorgänge, so zeigt sich, daß ca. die Hälfte der Paare meist negativ, das heißt polar zum Selbstbild projiziert. Die meisten Paare stimmen in der Richtung ihrer Projektion überein (1,7,8,9,10,15,21,22,23,26,27,29,32,34); sowohl Patient als auch Partner weisen eine große Unähnlichkeit zwischen der Wahrnehmung der eigenen Person und der des Ehepartners auf.

Konträre Ergebnisse liegen bei den Paaren 3,11,12,13,14,16,19,30 und 31 vor. Dies bedeutet: sind sich beim Patienten Selbstwahrnehmung und das Bild, das er vom Partner hat, sehr ähnlich, so fällt beim Partner eine starke Unähnlichkeit zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung auf bzw. umgekehrt.

Tab. 56: Ähnlichkeit zwischen Selbst- und Fremdbild gleicher Beurteiler

Paar	SPAT - FPAT			SPRT - FPRT		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3
1	.66 *	-.02	.54 *	.62 *	.83 **	.81 **
2	-.01	.63 *	.30	-.21	-.33	-.50 *
3	-.27	-.08	-.51 **	.33	-.05	.44
4	.07	-.25	.40	.32	.20	.51
5	-.04	.01	-.44 *	.28	.00	.08
6	-.56 **	-.61 **	-.60 **	-.42 *	.35	-.19
7	.10	-.55 **	-.46 *	.10	-.18	-.01
8	-.58 **	-.68 **	-.63 **	-.53 **	-.08	-.61 **
9	-.54 **	-.61 **	-.68 **	-.56 **	-.64 **	-.48 *
10	-.09	.73 **	.61 *	-.26	.20	.70 *
11	-.42 *	-.41 *	-.06	.43	.06	.37
12	-.29	-.46 *	.11	.59 *	.49	.84 **
13	-.51 **	-.69 **	-.48 *	.27	-.14	.67 *
14	-.01	-.59 **	-.03	.04	.33	.47
15	-.60 **	-.81 **	-.46 *	-.55 **	-.52 **	-.25
16	-.14	-.30	-.10	.54 *	.60 *	.42
17	-.37	.08	-.14	-.41 *	-.17	-.25
18	-.09	.58 *	.28	-.44 *	-.07	.16
19	-.35	-.42 *	-.61 **	.23	.01	.00
20	.21	-.42 *	-.30	.14	.34	.38

Fortsetzung siehe nächste Seite

Fortsetzung Tab. 56

Paar	SPAT - FPAT			SPRT - FPRT		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3
21	.31	.83 **	.61 *	.44	.41	.70 *
22	-.60 **	-.34	-.49 *	-.79 **	-.51 **	-.42 *
23	-.03	-.22	.59 *	-.32	-.10	.76 **
24	-.20	-.21	-.30	.35	.09	-.02
25	-.25	.34	-.32	.45	.28	.43
26	-.47 *	-.14	-.57 **	-.46 *	.19	-.44 *
27	-.38	-.64 **	-.61 **	-.58 **	-.71 **	-.72 **
28	-.09	-.32	-.42 *	-.25	-.24	-.29
29	.56 *	.70 *	.73 **	.29	.83 **	.86 **
30	-.17	-.39	.18	-.20	-.57 **	-.62 **
31	.64 *	.70 *	.79 **	-.57 **	-.57 **	-.06
32	-.47 *	-.02	-.67 **	-.11	-.65 **	-.57 **
33	-.30	-.26	-.17	.28	.26	-.16
34	-.10	.87 **	.28	-.14	.63 *	.48

positive Korrelation

1%-Niveau $\rightarrow$.720

5%-Niveau $\rightarrow$.532

negative Korrelation

1%-Niveau $\leftarrow$ -.517

5%-Niveau $\leftarrow$ -.404

7.3. Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion

Selbstwahrnehmung der Patienten

Im FPI neigen die Dialysepatienten (Gesamt- und Untergruppen) stark dazu, Schwierigkeiten und Schwächen zu dissimulieren und sich um einen guten Eindruck zu bemühen. Sie stellen sich zu Beginn der psychologischen Untersuchung recht positiv dar: als nicht zu spontanen Aggressionsäußerungen neigend, selbstsicher, unternehmungslustig.

Im GT dagegen schlagen sich Abweichungen vom Durchschnitt und Auffälligkeiten eher nieder; Dialysepatienten fallen hier durch eine neurotische Selbstschilderung auf (vgl. Beckmann/Richter 1972): unattraktiv, dominant-eigensinnig, unterkontrolliert-triebhaft, depressiv, retentiv-verschlossen.

Im weiteren Untersuchungsverlauf steigt die Bereitschaft und Fähigkeit der Patienten, Schwierigkeiten zuzulassen und vor anderen (zum Beispiel dem VL) zuzugeben.

Die Klinikspatienten reagieren affektiv stark mit deutlichen Zeichen von Belastetheit; die HHD-Patienten stellen sich dagegen eher minderwertig-neurotisch dar.

Vergleicht man die Veränderungen der Selbstwahrnehmung der Dialysepatienten über die Untersuchung hinweg, so werden unterschiedliche Verläufe sichtbar: bei den Patienten läßt das Maß an Belastbarkeit und Frustrationstoleranz deutlich nach. Belastungssymptome mit Minderwertigkeitsgefühlen treten in den Vordergrund (T1-T2, T1-T3).

Im 2. Untersuchungsabschnitt (T2-T3) machen sich Zeichen äußeren und inneren Rückzugs bemerkbar: Dialysepatienten kapseln sich stärker nach außen ab. Auch bei den ZHD-Patienten ist diese Entwicklung zu beobachten: zunehmende psychische Belastung mit mangelndem Selbstbewußtsein.

HHD-Patienten machen eher verschiedene Phasen durch: zunächst erleben sie ebenfalls nachlassende Frustrationstoleranz, dann tritt eine Wende von anfänglich neurotisch-belastetem Selbsterleben zu stärkerer Durchsetzungsfähigkeit und Ausgeglichenheit ein. Über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg bleibt eine Minderung an Selbstbeherrschung, Kontrolle und sozialer Potenz bestehen.

Selbstwahrnehmung der Dialysepartner

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Patienten kommen bei den Partnern (Gesamtgruppe) vor allem im FPI Abweichungen vom Durchschnitt zum Ausdruck, während diese sich im GT weniger äußern. Sie treten besonders bei Untersuchungsbeginn in Erscheinung; bei T3 schildern sie am wenigsten Schwierigkeiten.

In den Ergebnissen zeigt sich, daß auch sie Schwächen, vor allem Aggressionstendenzen deutlich von sich weisen. In ihrer Selbstdarstellung treten Komponenten von starker Belastung und Rücksichtnahme auf.

Insgesamt erleben sie sich als belastet, selbstunsicher, minderwertig und rücksichtsvoll-tolerant. Das Postulat von Ebra/Toth (1972), den Partner als 2. Patienten zu betrachten, wird mit diesen Ergebnissen deutlich bestätigt.

Die ZHD-Partner fallen einerseits auf durch massive Zeichen von Dissimulation und Aggressionsverleugnung (analog der Gesamtgruppe), andererseits durch starke Kontaktwünsche und Orientierung nach außen. Diese treten zusammen mit Rücksicht und Nachsicht auf.

Die Selbstschilderung der HHD-Partner ist charakterisiert durch eine ausgeprägte neurotisierende Belastungssymptomatik. Sie sehen sich als ausgesprochen minderwertig, gehemmt, ängstlich und rücksichtsvoll an.

Die Veränderungen der Partner nehmen im Vergleich zu ihren Patienten einen anderen Verlauf: während sie zu Beginn der Datener-

hebung noch diskrepant sind (zunehmende Rücksichtnahme, Nachsicht vs. Dominanz, Herrschaftsansprüche), erfahren die Dialysepartner im 2. Untersuchungsteil (T2-T3) eher eine psychische Stabilisierung; sie setzen eigene Bedürfnisse vergleichsweise mehr durch, sind selbstsicherer, unbeirrbarer und selbstbewußter geworden.

Diese Entwicklung ist in erster Linie auf die der HHD-Partner zurückzuführen, die sich mehr und mehr durch wachsende Selbstbehauptungsfähigkeit auszeichnen.

Die Veränderungen der Partner von Kliniksdialysepatienten verschieben sich stärker in die Richtung zunehmender Bereitschaft, sich anzupassen, sowie rücksichts- und verständnisvoll zu sein.

Vergleich der Selbstwahrnehmung von Patienten und Partnern

Der Vergleich der Selbstschilderung von Dialysepatienten und deren Partnern ergibt eine allmähliche Angleichung der Bilder. Nachdem sich die Patienten anfangs unbelasteter, die Partner depressiver und gehemmter dargestellt hatten, nehmen die Unterschiede vor allem dadurch ab, daß die Patienten eher Schwierigkeiten an sich beobachten. Dennoch schildern sich die Dialysepartner insgesamt als belasteter, depressiver und nachgiebiger.

Auffallend sind die Unterschiede zwischen den Patienten und Partnern der Untergruppen. Die ZHD-Partner sehen sich geselliger, kontaktfreudiger, unbekümmerter, unternehmungslustiger, sozial aufgeschlossener und attraktiver als die ZHD-Patienten, während jene sich zum Teil depressiver fühlen. Im Gegensatz hierzu erleben sich die HHD-Partner im Vergleich zu den Patienten gestörter, belasteter, ängstlicher, verzagter.

Diskussion

Intensive Bemühungen, einen guten Eindruck zu machen und Schwierigkeiten oder Schwächen zu dissimulieren, stellen die anfangs positive Selbstdarstellung der Patienten in Frage. Sie ist eher als Demonstration für alle diejenigen (auch den VL) zu deuten, die ihre Unbelastetheit in Frage stellen. Hier wiederholt sich die häufig berichtete Diskrepanz zwischen klinischen Beobachtungen emotionaler Auffälligkeiten und unauffälligen Testwerten, welche allgemein als Verleugnungshinweise gewertet werden (vgl. Punkt 1.4.1.3.).

Im Laufe der Untersuchung eher sichtbar werdende psychische Schwierigkeiten lassen die Vermutung zu, daß die Patienten sich weitaus gestörter und belasteter fühlen als sie zu zeigen bereit sind.

Mit Fortschreiten der Untersuchung entsteht der Eindruck einer Verdichtung neurotischer Belastungssymptome mit gleichzeitigem 'Zumachen'. Es scheint, daß die Patienten im Laufe der Untersuchung (durch Gespräche im Zusammenhang mit der Datenerhebung, Testfragen) für eigene Schwierigkeiten sensibler wurden, die bislang eher abgewehrt wurden. Die Verarbeitung dieses 'Stoffes' findet allerdings nicht nach außen, sondern eher nach innen gerichtet statt (Nervosität, psychosomatische Beschwerden, Stimmungslabilität).

Die Tatsache, daß mit Fortschreiten der Untersuchung Patienten eher Schwierigkeiten zugeben, ist vermutlich auf zunehmende Vertrautheit mit dem VL zurückzuführen, die zu einem gewissen Abbau ihrer Abwehr geführt haben kann. Dies entspräche auch den Beobachtungen des VL zum Untersuchungsverhalten.

Belastungs- und Minderwertigkeitsempfindungen scheinen für Partner von ZHD- und HHD-Patienten zu unterschiedlichen Reaktionen zu führen: die ZHD-Partner fallen auf durch starkes Drängen nach

außen, welches einer Flucht vor dem Patienten und den mit ihm verbundenen Problemen gleichkommen könnte; den HHD-Partnern gelingt ein Nach-außen-Leiten der psychischen Belastung offensichtlich nicht; dies führt für sie zu einer neurotisierenden Problembewältigung mit ersten Anzeichen einer Selbstaufgabe zugunsten des Patienten.

Zeichen einer psychischen Stabilisierung und angemesseneren Problembearbeitung im Laufe der Untersuchung machen sich dementsprechend unterschiedlich bemerkbar: ZHD-Partner bringen mehr Verständnis für den Patienten auf und mehr Bereitschaft, auf ihn zuzugehen; HHD-Partner stabilisieren sich durch eine stärkere Orientierung an eigenen Bedürfnissen.

Da die Partner hinsichtlich ihrer Dialyseerfahrung eine heterogene Gruppe darstellen, ist anzunehmen, daß diese Entwicklungen eher in Zusammenhang mit der Untersuchungs- und VL-Situation zu bringen sind (bei ZHD-Partnern mehr Sensibilität für den Patienten, bei HHD-Partnern mehr Selbstsicherheit für sich). Das im Laufe der Untersuchung aufgebaute Vertrauen zum VL, das sich für den Patienten mutmaßlich in größerer Offenheit und Bereitschaft, Probleme zuzugeben, auswirkt, könnte bei den Partnern unter Umständen den sozialen Druck abbauen, mit dem Patienten mitleiden zu müssen.

Im Verlauf der Untersuchungen gleichen sich Patienten und Partner einander an; diese Angleichung im Ausmaß psychischer Schwierigkeiten ist mit einem stärkeren Problembewußtsein des Patienten und gleichzeitiger Abnahme an Belastungssymptomen auf Seiten des Partners zu erklären. Dieses Faktum könnte so gesehen werden, daß der Partner sich entlastet fühlt, wenn der Patient Schwierigkeiten weniger leugnet.

Charakteristisch für die aus der Dialyse resultierende häusliche Situation sind die Unterschiede zwischen ZHD- und HHD-Partnern. Für die Familie des Klinikspatienten ist eine starke Außenorientierung durch die Abwesenheit des Patienten während der Dialyse leicht realisierbar. Es scheint jedoch, daß sich Unter-

nehmungslust und Aktivitäten eher zu Lasten des Patienten bemerkbar machen (Patient depressiver als Partner, bei HHD kein Unterschied). Demgegenüber sind HHD-Partner durch die Dialyse weit- aus gebundener und in ihren Möglichkeiten, Kontakte zu pflegen, und den häuslichen Problemen zu entfliehen, beschränkt.

Fremdwahrnehmung der Patienten

Dialysepatienten nehmen deutliche Einbußen an Attraktivität und Anpassungsbereitschaft ihrer Partner wahr. Diese Veränderungen treten bei der Gesamt- und ZHD-Gruppe in Zusammenhang mit starker Eigenwilligkeit-Impulsivität der Partner, bei den HHD-Partnern (aus der Sicht der Patienten) mit depressiven Zügen und nachlassender Kontrolle auf.

Veränderungen werden vor allem im 1. Untersuchungsabschnitt (keine Veränderungen von T2 nach T3) deutlich.

Bei den Dialysepartnern macht sich eine andere Entwicklung bemerkbar: sie nehmen beim Patienten gerade anfangs keine statistisch relevanten Veränderungen wahr, erleben ihn jedoch im Laufe der Untersuchung als triebhafter, eigensinniger, verschlossener.

Die gegenseitige Sichtweise der HHD-Patienten und -Partner weist kaum Unterschiede auf. Patienten und Partner sehen sich ähnlich attraktiv, dominant, kontrolliert, depressiv und sozial potent. Die Patienten der Gesamtgruppe, vor allem die Kliniksdialysepatienten dagegen sehen ihre Partner über die gesamte Untersuchung hinweg viel attraktiver, offener und sozial potenter als der Partner umgekehrt den Patienten erlebt. Die Dialysepartner, vor allem die Angehörigen der Klinikspatienten weisen dem Patienten eher negative Eigenschaften wie Verschlossenheit und soziale Impotenz zu.

Diskussion

Es erscheint möglich, daß die Patienten sich an den Veränderungen ihrer Partner schuldig fühlen. Diese Schuldgefühle könnten im Sinne einer Entlastung zu Beginn der Untersuchung besonders zum Ausdruck kommen. Die Partner haben den Eindruck, der Patient ließe sich mehr gehen. Diese Einstellung wird nicht gleich zu Untersuchungsbeginn ersichtlich. Zunehmende Vertrautheit mit dem Untersuchungsleiter könnte bewirken, daß sich die Partner allmählich eher eine kritische Wahrnehmung des Patienten zustehen (mehr Mut, weniger Angst) und Schuldgefühle wegen der Unzufriedenheit mit dem Patienten überwunden werden.

Es liegt nahe, die Diskrepanz zwischen der gegenseitigen Wahrnehmung auf die psychosozialen Faktoren des jeweiligen Dialysesettings zu beziehen: die HHD erfordert von den Anforderungen her, die an den Patienten gestellt werden, potentere, stabilere Persönlichkeiten, während die psychophysische Verfassung des Klinikspatienten (medizinisch problematischere Patienten befinden sich in der ZHD) ihn prädestiniert, sich sozial eher insuffizient zu erleben.

Vergleich mit der Hamburger Stichprobe

Im Gegensatz zu den Freiburger Patienten haben Patienten der Hamburger Untersuchung ein eher negatives Selbstbild. Sie sehen sich unattraktiver, dominanter, unkontrollierter und weniger offen als die Patienten der vorliegenden Arbeit; diese nehmen sich durchschnittlich attraktiv, dominant, eher zwanghaft-kontrolliert und offener wahr.

Auch die Partner der Hamburger Dialysepatienten erleben sich negativer als die Partner dieser Untersuchung: unattraktiver, dominanter, unterkontrolliert-triebhafter, sozial impotenter. Eine Umkehrung liegt in Bezug auf die Grundstimmung vor: die Freiburger Partner fühlen sich depressiver als diejenigen aus Hamburg.

Analog den Selbstbildern zeichnen die Hamburger Dialysepatienten und deren Partner für den anderen ebenfalls ein unattraktives, minderwertiges Bild (Fremdbild). Die Hamburger Patienten sehen ihren Partner als sehr unattraktiv, unterkontrolliert-triebhaft und depressiv.

Die Gruppe der Freiburger Patienten und Partner hebt sich von ihnen deutlich durch ein 'normales', statistisch nicht vom Durchschnitt abweichendes, positiv geprägtes Fremdbild ab. Lediglich in Bezug auf das Maß an Depressivität unterscheiden sich beide Partnergruppen: die Freiburger Angehörigen erleben sich selbst und den Patienten als depressiver.

Es fällt auf, daß die Freiburger Gruppe positivere, von der Durchschnittsbevölkerung wenig abweichende, die Hamburger Gruppe dagegen negative Selbst- und Fremdbilder an den Tag legen (Ausnahme Depressivität).

Diskussion:

Es kann vermutet werden, daß die Krankheit für die Patienten und Partner aus Hamburg als massive Wertminderung ihrer Person und der des Partners aufgefaßt wird. Sie beschreiben nicht nur Einbußen an Selbstwertbewußtsein, sondern auch an Resonanz und Akzeptierung durch die Umwelt.

Es ist schwer zu entscheiden, auf welche Effekte diese Diskrepanzen zwischen den Gruppen zurückzuführen sind (auch durch die Berücksichtigung der unterschiedlichen Zusammensetzung bezüglich der Dialysesettings ergeben sich keine Deutungsmöglichkeiten). Erfahrungen mit dem affektiven Klima auf den Freiburger Dialysestationen und deren Aufgeschlossenheit Psychologen gegenüber (an die vorliegende Untersuchung wurde ein Psychotherapieprojekt für zwei Psychologen angeschlossen - vgl. 8. Konsequenzen), könnten dafür sprechen, daß den Patienten und Partnern durch das Personal ein positives Selbstwertgefühl vermittelt wurde.

Höhere Depressionswerte der Freiburger Gruppe können vor diesem Hintergrund als ein Sich-Zugestehen und -Eingestehen depressiver Regungen verstanden werden, die von der Umwelt (Personal) akzeptiert werden.

Wunschvorstellungen von Patienten und Partnern

Idealbilder sind bekanntlich wenig Veränderungen unterworfen und innerhalb einer Gruppe in der Regel homogen (Beckmann/Richter 1979, Eckensberger 1978).

Dieses Faktum drückt sich auch in den vorliegenden Ergebnissen aus. Bei allen Patienten und Partnern bleiben die Idealvorstellungen von T2 nach T3 stabil; bei der Gruppe der Kliniksdialysepatienten und deren Partner verändern sich die Wunschvorstellungen über den Patienten während der gesamten Untersuchung nicht.

Veränderungen in den Idealen zu Beginn der Untersuchung (T1-T2, T1-T3) sind in der Gesamtstichprobe der Patienten und Partner vor allem auf diejenigen der HHD-Gruppe zurückzuführen. Die Patienten wünschen sich weniger attraktiv und vertrauensvoll-offen. Auch die Partner hätten den Patienten gerne weniger durchlässig (zusätzliche Anzeichen für den Wunsch nach stärkerer Unkontrolliertheit/Triebhaftigkeit und weniger sozialer Potenz-Konkurrenzfreudigkeit).

Die Idealbilder der Patienten und die Wunschvorstellungen ihrer Partner unterscheiden sich im großen und ganzen nicht: beide möchten einen attraktiv-beliebten, durchschnittlich dominanten und kontrollierten, hypomanischen, offenen und sozial potenten Patienten. Diese Vorstellungen entsprechend wesentlich auch den Idealbildern von Dialyseschwestern über den Patienten (vgl. Vollrath in Beckmann/Richter 1979, Tab. 43) und denen von psychoneurotischen und psychosomatischen Patienten (vgl. Werner in Beckmann/Richter 1979, Tab. 44).

Vereinzelt unterschiedliche Auffassungen zum Ideal des Patienten zeigen sich zwischen den HHD-Patienten und -Partnern: die Partner wünschen sich den Patienten etwas weniger hypomanisch-euphorisch (dieser hat den Wunsch nach auffallend ausgeprägter Hypomanie) und weniger sozial potent als dieser sich selbst. Hierin ähneln sich die Wünsche der HHD-Partner und die der Dialyseschwestern aus oben zitierter Untersuchung.

Auch Ehepaare (N = 34) stimmen deutlich in ihren Auffassungen vom idealen Patienten überein: sie möchten ihn attraktiv-beliebt, hypomanisch, offen und sozial potent. Erst zum Schluß der Untersuchung deutet sich ein Unterschied in den Wünschen für das Maß an Kontrolle/Unterkontrolle an: die Ehepartner hätten den Patienten gerne eher unterkontrolliert-triebhaft, mehr von seinen Bedürfnissen geleitet.

Diskussion:

Die Ergebnisse zeigen, daß ein Konsens zwischen Patient und Partner darin besteht, wie der Patient idealerweise sein sollte.

In den Bildern der Patienten klingen - ähnlich der realen Selbstschilderung - Wünsche an, sich äußerlich und innerlich mehr zurückzuziehen. Es ist anzunehmen, daß der Patient sich eher schützen möchte: er kann damit Enttäuschungen und die Gefahr, seine Gefühle und Ängste preiszugeben, eher vermeiden.

Für die Partner wäre ein offener, vertrauensvoller, sich mitteilender und sozial aufgeschlossener Patient unter Umständen als Belastung aufzufassen. Ihr Wunsch, der Patient möge weniger vertrauensselig-mitteilsam sein, kann somit ebenfalls einem Schutzbedürfnis entsprechen, um von dessen Gefühlen, Gedanken, (Liebes-)Bedürfnissen nicht überschwemmt und durch sie zu sehr belastet zu werden.

Wenn die HHD-Partner die Patienten gerne weniger euphorisch-hypomanisch haben möchten, so ist dies als Wunsch für ein echteres,

den Umständen angemesseneres Verhalten zu interpretieren.

Speziell Ehepartner von Dialysepatienten (N = 34) möchten den Patienten weniger kontrolliert, das heißt unmittelbarer und damit möglicherweise leichter faßbar.

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Real- und Idealbild als Maß von Zufriedenheit und Akzeptierung (Diskussion der Problematik vgl. Punkt 3.2.), so ergeben diese Korrelationen folgendes: beim Patienten besteht ein Zusammenhang bzw. Zufriedenheit für die Bereiche Attraktivität, Dominanz, Kontrolle und soziale Potenz.

Für den Partner treten solchermaßen definierte Hinweise für die Zufriedenheit mit dem Patienten und dessen Akzeptierung konstant in Bezug auf die Attraktivität des Patienten auf.

Diskussion:

Es fällt auf, daß der Patient mit sich recht zufrieden ist im Gegensatz zur Zufriedenheit des Partners mit ihm. Ergebnisse dieser Art (sehr positive Selbstdarstellung) werden in Anbetracht des Traumas, welches im allgemeinen mit einer chronischen Krankheit gesetzt wird, meist hinsichtlich ihrer Echtheit bezweifelt. Es kann vermutet werden, daß die Patienten sich im Sinne eigener und sozialer Normen als zufrieden und stabil darstellen.

Selbstwahrnehmung, Fremdwahrnehmung und Idealvorstellungen neuer Dialysepatienten und ihrer Partner

Selbstwahrnehmung

Analog den Ergebnissen der Gesamtgruppe stellen sich auch neue Dialysepatienten unbelasteter im Vergleich zu ihren Partnern dar:

sie sehen sich geselliger und gelassener als diese, wohingegen die Partner sich gehemmter, beherrschter und gefügiger erleben.

Dialysepatienten, die sich neu im chronischen Dialyseprogramm befinden, verändern sich anfangs (T1-T2) im Sinne einer emotionalen Labilisierung und Verunsicherung, die mit zunehmendem Eigensinn und Herrschaftsansprüchen einhergehen. Mit Fortgang der Datenerhebung - in diesem Falle auch mit Fortschreiten der Dialyseerfahrung - mehren sich Belastungssymptome. Neue Dialysepatienten nehmen sich minderwertiger und belasteter wahr und haben das Gefühl, eher klein beizugeben.

Im Gegensatz zur Gesamtgruppe der Patienten, in der sich auch 'alte' Patienten befinden, sind Dialyse-'Neulinge' wenig darauf bedacht, Schwierigkeiten und Schwächen zu dissimulieren.

Beobachtungen und Befragungen (vgl. Punkt 8.2. Konsequenzen) nach zu urteilen ist dieser Verlauf - starke emotionale Verunsicherung, Stimmungslabilisierung mit zunehmender Belastungssymptomatik - charakteristisch für neue Dialysepatienten.

Die Partner der Dialyse-'Neulinge' machen eine zum Teil konträre Entwicklung zu Beginn der Dialysebehandlung durch: sie sehen sich zunächst ebenfalls psychisch labilisiert und sehr rücksichts- und verständnisvoll. Im Verlauf der Untersuchung, das heißt mit zunehmendem Dialysealter entfernen sie sich sehr deutlich von ihrem ehemals gefügigen, rücksichtsvollen und unterwürfigen Verhalten: sie setzen eher ihre Bedürfnisse und Machtansprüche durch.

Diskussion:

Es wird im Verlauf der Untersuchung deutlich, daß neue Dialysepatienten eher Schwierigkeiten vor sich und anderen zulassen kön-

nen, während sich die Belastetheit der Partner etwas reduziert.

Der neue Dialysepatient fühlt sich im Verlauf der Untersuchung eher belastet und minderwertig. Gefügigkeit und Unterwürfigkeit können in diesem Zusammenhang als Bemühen gesehen werden, dem Partner möglichst wenig zur Last zu fallen.

Während der Patient eher klein beigibt, wird der Partner mit der Zeit dominanter und herrschsüchtiger (Machtanspruch als Auflehnung gegen den Patienten?).

Es ist schwer zu klären, worauf dieser Prozeß - ähnlich dem der Gesamtgruppe - zurückzuführen ist. Die Entwicklung zu größerer Selbstsicherheit und Durchsetzungsfähigkeit könnte mit einer Gewöhnung an die Dialysesituation, mit zunehmender Vertrautheit mit VL und Untersuchungsprozedur zusammenhängen oder darauf zurückzuführen sein, daß die emotionale Labilisierung und Unterordnung des neuen Dialysepatienten einen Partner erfordern, der die Regie übernimmt, das heißt sich dominanter verhält, und daß der Partner sich in diese Rolle fügt.

Fremdwahrnehmung

Zu Beginn der Untersuchung nehmen neue Dialysepatienten an ihren Partnern - wie in der Gesamtgruppe - nachlassende Attraktivität und zunehmende Dominanz-Eigenwilligkeit wahr.

Im 2. Untersuchungsabschnitt (T2-T3) konstatieren sie eine Abnahme an dominantem, herrschsüchtigem Verhalten und eine Steigerung sozialer Aufgeschlossenheit ihres Partners.

Wie in der Gruppe aller Partner (heterogen bzgl. Dialysealter) erleben neue Dialysepartner mit fortschreitender Untersuchung und Dialysezeit eine deutliche Steigerung an dominantem und verschlossen-mißtrauischem Verhalten bei ihren Patienten.

Der Vergleich der beiden Fremdbilder ergibt Unterschiede nur zu Zeitpunkt 3: Partner nehmen Patienten als dominanter und sehr

viel verschlossener wahr; Patienten sehen den Partner durchschnittlich dominant/gefügig und offen.

Diskussion:

Die Veränderungen, die der neue Dialysepatient an seinem Partner während der Untersuchungsperiode wahrnimmt, dürften sich als Normalisierung der Beziehung und Beruhigung für den Patienten auswirken. Das Verhalten des Patienten aus der Sicht des Partners, nämlich Dominanz/Herrschaftsansprüche und starke Verschlossenheit/Mißtrauen lassen dagegen Kommunikationsschwierigkeiten und Spannungen erwarten.

Es ist denkbar, daß die Entwicklung beider zusammenhängt, daß nämlich der Patient durch zunehmende soziale Aufgeschlossenheit des Partners soziale Insuffizienzgefühle erlebt, die er mit dominantem, mißtrauischen Verhalten zu kompensieren versucht.

Eigensinn/Dominanz und Verschlossenheit sind jedoch - unabhängig vom Partner - auch als emotionale Reaktionen auf die Krankheitssituation typisch (vgl. Punkt 1.4.1.1.).

Idealvorstellungen von Dialyse-'Neulingen' und ihren Partnern

Auch die Wunschvorstellungen der neuen Dialysepatienten und ihrer Partner bleiben über den Untersuchungszeitraum im wesentlichen konstant.

Die neuen Dialysepatienten möchten sehr beliebt-attraktiv, eher gefügig, sehr hypomanisch, sehr offen und sozial sehr potent sein. Bei ihnen ist lediglich ein Rückgang ihres übermäßig starken Hypomaniewunsches zu registrieren.

Die Partner betonen im großen und ganzen dieselben Züge als wünschenswert, akzentuieren sie jedoch teilweise anders. Demnach soll der Patient sehr attraktiv, dominant, unterkontrolliert, sehr hypomanisch, offen und sozial potent sein.

Vergleicht man die Ideale beider, so werden Unterschiede eher sichtbar:

Der Patient möchte gefügig sein, der Partner wünscht ihn sich eher dominant;
der Patient möchte kontrolliert, vom Verstand gesteuert sein, der Partner ihn nicht kontrolliert, an seinen Bedürfnissen orientiert;
der Patient möchte extrem hypomanisch sein, der Partner ihn weniger hypomanisch-euphorisch haben;
der Patient möchte durchschnittlich offen sein, der Partner wünscht ihn sich extrem offen, vertrauensvoll, mitteilksam.

Diskussion:

Neue Dialysepatienten drücken in ihrem Idealbild den Wunsch aus, für den Partner attraktiv, akzeptabel und nicht belastend zu sein. Insgesamt beinhalten ihre Wünsche das Bild eines gut zu habenden Menschen, mit dem man keine Schwierigkeiten hat. In ihrem Bedürfnis, sich zu fügen und zu unterwerfen, entsprechen sie allerdings weniger den Wünschen der Partner. Für diese soll der Patient eine starke, potente Persönlichkeit darstellen, die weiß, was sie will und sich durchsetzen kann. Gleichzeitig möchten sie stärker an seinen Gefühlen, Gedanken und Bedürfnissen teilhaben, wünschen ihn sich unmittelbarer und ehrlicher.

Interpersonelle Wahrnehmung

Primäre Ebene

Gegenseitige Wahrnehmung von Dialysepaaren (N = 34 und N = 25)

Wird das Fremdbild des Partners mit dem Selbstbild des Patienten verglichen, so unterscheiden sich die Patientenbeurteilungen lediglich in Skala 1 des GT; die Partner finden den Patienten durchschnittlich attraktiv, der Patient erlebt sich selbst als unattraktiv (T2). Dieser einzige Unterschied besteht sowohl für die gemischte Gruppe von Ehepaaren als auch für diejenigen mit ausschließlich männlichen Patienten resp. weiblichen Dialysepartnern. Im übrigen stimmen die Beurteilungen des Partners mit denen des Patienten überein. Dies bedeutet, daß die Partner das Erleben und Verhalten ihrer Patienten angemessen erfassen.

Im Gegensatz hierzu treten zwischen dem Selbsterleben der Dialysepartner und der Sichtweise ihrer Patienten einige Differenzen auf: die Partner finden sich selbst unattraktiv, ausgesprochen depressiv und unkontrolliert-bedürfnisorientiert; der Patient findet den Partner dagegen sehr attraktiv, eher kontrolliert und nur etwas depressiv.

Diese Ergebnisse machen deutlich, daß die Patienten die Partner ungenau bzw. konträr wahrnehmen.

Betrachtet man dagegen die um männliche Partner reduzierte Ehepaargruppe, so unterscheiden sich Selbst- und Fremdwahrnehmung wiederum nur in Skala 1: die Dialysepartnerin sieht sich als sehr unattraktiv, wird aber von ihrem kranken Mann als ausgesprochen attraktiv empfunden. Auch hier wird - wie in der gemischten Partnergruppe - die Partnerin überschätzt.

Diskussion:

Den jeweiligen Partner attraktiver zu finden ist nach Beckmann/Maack (1978) als Grundvoraussetzung für Partnerbindungen anzusehen. Dennoch fällt auf, daß Dialysepatienten den Partner insgesamt überschätzen bzw. idealisieren, während umgekehrt die Partner den Patienten realistischer wahrnehmen (keine Unterschiede bis auf Skala 1).

Diese Wahrnehmungsverzerrung könnte der Kompensation eigener Minderwertigkeits- und Schuldgefühle dienen. Sie zeigt an, daß eine Kommunikationsstörung infolge mangelnder Sensibilität des Patienten für seinen Partner vorliegt.

Selbst-, Fremdbilder gleicher Beurteiler

Unterschiede zwischen den Selbst- und Fremdbildern gleicher Beurteiler machen sich verschieden für die beiden Paargruppen bemerkbar. Bei der aus männlichen und weiblichen Patienten gemischten Stichprobe stellt sich heraus, daß die Patienten die Partner zum Teil konträr zu sich wahrnehmen. Sie sprechen den Partnern positive Eigenschaften wie soziale Resonanz, Potenz und Offenheit zu, während sie sich als unattraktiv, sozial impotent und verschlossen charakterisieren.

Der Partner seinerseits findet den Patienten attraktiver, dominanter und verschlossener. Er sieht sich selbst dagegen unattraktiv, gefügig-anpassungswillig und offen.

Wird diese Gruppe um die weiblichen Patienten und männlichen Partner reduziert, so differieren die Selbst- und Fremdbilder gleicher Beurteiler lediglich in Bezug auf die Einschätzung der gegenseitigen Kontrolle-Zwanghaftigkeit: beide erleben den anderen als zwanghaft-kontrolliert, sich aber unterkontrolliert-triebhaft (Patient) bzw. durchschnittlich kontrolliert (Partner). Der Partner wird ansonsten ähnlich zur eigenen Person empfunden.

Diskussion:

Patienten (männliche und weibliche) nehmen ihre Partner hinsichtlich des Ausmaßes an sozialer Attraktion und Kommunikationsfähigkeit konträr zu sich wahr; diese Idealisierung steht in Kontrast zu eigenen Minderwertigkeitsgefühlen und Kommunikationsschwierigkeiten, die dem Patienten auch vom Partner zugeschrieben werden.

Die Wahrnehmung des anderen als zwanghaft-kontrolliert in der Gruppe von Ehepaaren, in der der Mann Patient ist, im Gegensatz zu dessen eigenem Erleben, kann verschieden gedeutet werden: als Wunsch, der andere möge sich besser kontrollieren, zusammennehmen und sich nicht gehen lassen; zum anderen als Ausdruck eigener Schwierigkeiten, sich zu kontrollieren oder sich gehen zu lassen, die dann jedoch dem anderen zugeschoben werden.

Sekundäre Ebene

Beurteilerübereinstimmung

Die Patienten (männliche und weibliche) erfahren über den gesamten Untersuchungsverlauf am deutlichsten in den Dimensionen 'Dominanz/Gefügigkeit' und 'Kontrolle/Unterkontrolle' Bestätigung, die zum Teil (bei T2) einer Fixierung sensu Beckmann/Maack (1978) gleichkommt.

Darüber hinaus werden die Patienten im Grad ihrer Attraktivität (T1) und Stimmung (T3) vom Partner zutreffend wahrgenommen.

In der Beurteilung des Partners/der Partnerin kommt es dagegen insgesamt betrachtet nur für die soziale Potenz zu Übereinstimmungen. Bei T2 wird der Partner darüber hinaus in seiner depressiven und offenen Position bestätigt.

Keine Übereinstimmungen herrschen in der Einschätzung von Offenheit-Vertrauen/Verschlossenheit-Mißtrauen des jeweils anderen: sowohl Patienten als auch Partner nehmen am anderen undeutlich

und ungenau wahr, wie offen-vertrauensvoll dieser ist.

Veränderungen in den Beurteilerübereinstimmungen treten nicht ein.

Diskussion:

Die verhältnismäßig wenigen Übereinstimmungen, die in der Beurteilung des Partners erzielt werden, deuten an, daß der Partner vom Patienten außer bezüglich seiner sozialen Aufgeschlossenheit weniger gut wahrgenommen wird als umgekehrt. Diese Wahrnehmungsstörung kann als Hinweis für mangelnde Sensibilität des Patienten für den Partner und eine gestörte Kommunikation gedeutet werden (zu sehr mit sich beschäftigt?).

Vergleich der Patientenbeurteilung mit EEP und KEP

Die Gruppe von Dialysepaaren (HDEP) unterscheidet sich gerade in der Beurteilung der Offenheit/Verschlossenheit des Mannes (T2 + T3): während in der Gruppe ungestörter Ehen (EEP) der Mann bezüglich seiner Offenheit/Verschlossenheit Bestätigung durch seine Frau erfährt, stimmt die Finschätzung der Offenheit des Dialysepatienten durch seine Partnerin kaum mit dessen Wahrnehmung überein.

Von den Paaren schwieriger Ehen (KEP) unterscheiden sich Dialysepaare vor allem zum Schluß der Untersuchung: im Gegensatz zur Klinischen Stichprobe, in der der Mann im Grad seiner Dominanz, Unterkontrolle-Triebhaftigkeit und Verschlossenheit durch die Frau fixiert wird, erfährt der männliche Dialysepatient in diesen Dimensionen keine oder nur geringe Bestätigung von seiner Frau.

Während sich die Dialysegruppe bis auf die gegenseitige Beurteilung der Offenheit anfangs nicht relevant von der repräsentati-

ven und klinischen Gruppe unterscheidet, hebt sie sich zum Schluß der Untersuchung eindeutiger von der Gruppe schwieriger Ehen ab.

Statistisch bedeutsame Unterschiede zur repräsentativen und klinischen Ehepaarstichprobe ergeben sich in der Partnerinnenbeurteilung zu Beginn und Ende der Testerhebung. Auch hier ist die Abweichung der Dialysegruppe darin begründet, daß die Männer der Eich- und Klinischen Stichprobe ihre Frauen deutlich im Grad ihrer Gefügigkeit bestätigen bzw. fixieren, jedoch die Beurteilungen der Dialysepartnerinnen durch ihre Männer (PAT) nicht miteinander übereinstimmen.

Alle Abweichungen der Dialysegruppe (HDEP) von den Vergleichsgruppen (EEP und KEP) kommen dadurch zustande, daß die Bestätigung der Rolle des anderen ausbleibt. Der männliche Dialysepatient erfährt keine Resonanz für das Maß seiner Offenheit/Verschlossenheit, die Partnerin nicht für ihre dominante/gefüge Position.

Diskussion:

Das Ausbleiben an Bestätigung des anderen ist im Vergleich zur repräsentativen Gruppe eher als Mangel, im Gegensatz zur Fixierung der Problemehen dagegen eher als Vorteil für die Kommunikation und Interaktion zu werten.

Es darf davon ausgegangen werden, daß Fehlen von Bestätigung zu emotionaler Verunsicherung, gegenseitigem Mißtrauen und somit zu Beziehungsproblemen führen können. Dies umso mehr als die Ungewißheit hinsichtlich Offenheit und Vertrauen besteht.

Zusammenhang der Selbst- und Fremdbilder gleicher Beurteiler

An den Patienten (gemischte Gruppe) fällt eine starke und ausgeprägte Projektionsneigung auf; sie schreiben dem Partner eine

Vielzahl eigener Wesenszüge bzw. Verhaltensweisen wie das Maß der eigenen Attraktivität/Unattraktivität, Dominanz/Gefügigkeit, Durchlässigkeit/Verschlossenheit und der Sozialen Potenz/Impotenz zu.

Dem stehen geringe Hinweise auf eine projektive Wahrnehmung des Patienten durch den Partner gegenüber. Der Dialysepartner überträgt vor allem seine Attraktivitätsempfindungen und Mitteilungsbereitschaft auf den Dialysepatienten.

Wird die Gruppe von Dialysepaaren um die weiblichen Patienten bzw. männlichen Partner reduziert, so dreht sich das Bild bezüglich der Projektionsneigung um: männliche Patienten alleine zeigen nur minimale, ihre Partnerinnen dagegen deutliche Zeichen von identifikatorischen Übertragungen. Dialysenänner (PAT) schreiben ihrer Frau lediglich den Grad ihrer eigenen Offenheit/Verschlossenheit zu, die Frauen sehen im Patienten stark das Ausmaß ihrer eigenen Attraktivität/Unattraktivität, Dominanz/Gefügigkeit, Triebhaftigkeit/Kontrolle, Depressivität, Verschlossenheit und sozialen Potenz/Impotenz.

Diskussion:

Es ist zu vermuten, daß aus dem Mechanismus, den anderen so zu sehen wie sich selbst, der Wunsch spricht, Unähnlichkeiten bzw. tatsächliche Unterschiede zu minimalisieren und Nähe durch imaginierte Übereinstimmung im Erleben und Verhalten vorzutäuschen. Dies bedeutet gleichzeitig, daß dem jeweiligen Partner auch eigene Schwierigkeiten zugeschoben werden. Wünsche zum Beispiel der Dialysefrauen, den Mann zu dominieren bzw. Schwierigkeiten, sich ihm unterzuordnen und ihm vertrauensvoll-offen zu begegnen, können so auf den Mann übertragen werden. Solchermaßen postulierte Übereinstimmungen lassen das Gefühl einer Distanz oder Dissonanz zwischen dem Kranken und Gesunden weniger aufkommen. Dies kann Sicherheit im gemeinsamen Umgang gewährleisten, verhindert jedoch eine offene Begegnung der Paare.

Vergleich zwischen den Projektionen der Dialysepaargruppen
und den Gießener Vergleichsgruppen

Von der Eichstichprobe (EEP) heben sich männliche Dialysepatienten durch fehlende oder negative statt positive identifikatorische Projektionen ab (T2); sie schreiben ihrer Frau nicht das eigene Maß an Depressivität und sozialer Impotenz zu.

Im Gegensatz zu Männern schwieriger Ehen (KEP), die ausschließlich negativ projizieren, übertragen Dialysenänner den eigenen Grad an Kontrolle/Triebhaftigkeit und Durchlässigkeit-Vertrauen/Verschlossenheit-Mißtrauen auf ihre Partnerinnen. Dialysepatienten gehen davon aus, daß ihre Frauen diese Eigenschaften wie sie verkörpern. Mit Ausnahme von Zeitpunkt 2 weichen männliche Dialysepatienten in ihrem Projektionsverhalten statistisch nicht von der Eichstichprobe ab, unterscheiden sich jedoch von Männern gestörter Ehen.

Die Frauen der Dialysepatienten stechen deutlicher von beiden Vergleichsgruppen (EEP und KEP) ab: sie unterscheiden sich von Frauen aus 'normalen' und schwierigen Ehen durch starke positive identifikatorische Projektionen.

Im Vergleich zur Eichstichprobe (keine Projektionen) sind solche positiven Projektionen in den Merkmalen Dominanz/Gefügigkeit und Durchlässigkeit/Verschlossenheit, im Vergleich zu KEP (ausschließlich negative identifikatorische Projektionen) für alle Bereiche zu beobachten (Ausnahme: Attraktivität).

Der Dialysenann wird sehr stark durch die Brille seiner Frau gesehen. Er wird als Kranker von ihr so gesehen wie sie sich als gesunde Frau erlebt.

Diskussion:

Wie Untersuchungen von Beckmann/Maack (1978) zeigen, sind für ungestörte Beziehungen fehlende oder positive identifikatorische Projektionen charakteristisch. Diese Beobachtung und die Verwandtschaft des Projektionsverhaltens läßt männliche Dialysepatienten Männern repräsentativer Ehen zuordnen.

Projiziert der Dialysemann eigene Kontrolle/Unterkontrolle und Offenheit/Verschlossenheit auf seine Frau und betont damit die Ähnlichkeit zwischen ihr und sich, so kann dies für ihn eine Aufwertung, für seine Frau jedoch eine Abwertung bedeuten. Mit dieser imaginierten Ähnlichkeit möchte er möglicherweise das Risiko verringern, sich ihr auszuliefern und von ihr abgelehnt zu werden.

Eine Notwendigkeit, eigene Depressivität und soziale Insuffizienzgefühle zu projizieren, besteht offensichtlich nicht für den Patienten.

Der Patient wird dagegen von seiner Frau förmlich auf eine Ähnlichkeit zu ihr festgelegt. Hinter ihren übermäßig starken positiven identifikatorischen Projektionen könnte ihrerseits der Versuch oder die Demonstration stecken, daß trotz der Krankheit zwischen ihr und dem Patienten kein Abstand bestehe (vgl. Harari et al. 1971, Maurin/Schenkel 1976, Shambaugh et al. 1967). Diese Identifizierungs- und Projektionsmechanismen weisen Zeichen einer gestörten Kommunikation und Interaktion auf. Mit ihnen kann die Frau versuchen, Schuldgefühle und den Verdacht abzuwehren, sich von ihrem Mann innerlich distanziert zu haben oder ihn abzulehnen.

Auffallend ausgeprägte Projektionen eigenen Herrschafts-/Unterwerfungsgebarens und des eigenen Maßes an Offenheit/Verschlossenheit können Ausdruck des Wunsches sein, den Patienten zu dominieren und ihm eigene Kommunikationsunfähigkeit vorzuwerfen.

Ähnlichkeiten zwischen einzelnen Paaren (Ebene einzelner Paare)

Viele und stark ausgeprägte Unähnlichkeiten fallen sowohl in der Beurteilung des Patienten als auch des Partners auf. Bei den Patienten nehmen diese Unähnlichkeiten im Laufe der Untersuchung zu, bei den Partnern häufen sie sich besonders bei T2.

Betrachtet man die Ähnlichkeiten zwischen den Bildern gleicher Beurteiler (Maß für Projektionsneigung), so ergibt sich folgendes Bild: 2/3 der Patienten projizieren eigene Wünsche und Schwächen negativ in ihren Partner, das heißt sie empfinden sich im Gegensatz zum gesunden Ehepartner stehend. Von den Partnern auf der anderen Seite überträgt etwa jeder 2. seine Eigenschaften auf den Patienten, wobei ungefähr die Hälfte von ihnen positiv in ihn projiziert.

Diskussion:

Deutliche Unähnlichkeiten in der gegenseitigen Beurteilung sprechen für eine ungenaue, unoffene wechselseitige Wahrnehmung. Es stellt sich die Frage, ob sowohl der Patient als auch sein Ehepartner sich in gewisser Weise voreinander verstecken und ihre wahren Regungen voreinander verbergen. Möglicherweise sind jedoch beide derart mit sich beschäftigt, daß ihr Blick für den anderen nicht frei ist.

Analysiert man das Projektionsverhalten einzelner Paare, so erscheint die Kommunikation der Partner zum Patienten weniger gestört (weniger Projektionen, davon die meisten positiv) als die der Patienten zum Partner (viele Projektionen, meist negativ).

Die Partner werden von den meisten Patienten überwiegend polar zu sich gesehen; es kann vermutet werden, daß sich hier eine Polarisierung zwischen gesund (PRT) und krank (PAT) abzeichnet,

bei der sich der Patient sehr minderwertig und schuldig fühlt. Hierdurch dürfte die innerfamiliäre Kommunikation stark beeinträchtigt werden.

Im Gegensatz zu dieser Polarisierung streichen die Partner mehr die Ähnlichkeit zwischen sich und dem Patienten heraus und tragen somit sicher eher zu einer konstruktiven Kommunikation bei.

8. KONSEQUENZEN

Entsprechend dem Ziel der vorliegenden Untersuchung, mit Hilfe ihrer Ergebnisse die Grundlage für die Entwicklung psychologisch-psychotherapeutischer Behandlungsangebote zu schaffen, soll in diesem Kapitel nur kurz auf Konsequenzen für weitere Forschungsansätze eingegangen werden.

Ausführlicher sollen deshalb zwei Beispiele einer möglichen Betreuung von chronischen Dialysepatienten und ihren Angehörigen vorgestellt werden, die sich aus den Ergebnissen ableiten lassen. Sie entstammen beide dem inzwischen durchgeführten und auf Effektivität überprüften 'Betreuungsprogramm für chronisch Nierenkranke und deren Angehörige' von Franke/Sträble/Heinze (1978).

8.1. Konsequenzen für weitere Forschungsansätze

In Ermangelung eines ausreichenden Stichprobenumfanges können die Veränderungen der in dieser Arbeit erfaßten Dialyse-Neulinge' und deren Partner nur als Hinweise verstanden und nicht generalisiert werden. Da sich jedoch im wesentlichen ähnliche Erlebens- und Verhaltensweisen andeuten wie sie in der nach Dialysealter heterogenen Gruppe auftreten, wäre eine intensivere Überprüfung von Persönlichkeitsänderungen in einer homogenen Stichprobe sinnvoll. Dabei sollten mehrere, nach Dialysealter gestaffelte Untergruppen miteinander verglichen werden. Hierfür ist eine umfangreiche Stichprobe erforderlich.

Erste Befunde einer umfassenderen Interaktionsdiagnostik bei chronischen Dialysepatienten und deren Partnern liegen mit dieser Arbeit vor. Sie sollten durch weitere Untersuchungen ergänzt und erweitert werden. Hier interessiert vor allem eine Gegenüberstellung zum einen von Paaren mit männlichen Patienten/weiblichen Partnern und weiblichen Patienten/männlichen Partnern, auf die wegen des zu geringen Anteils an weiblichen verheirateten Patien-

ten in dieser Untersuchung verzichtet werden mußte, zum anderen von Paaren verschiedener chronischer Krankheitsbilder (zum Beispiel Multiple Sklerose, Querschnittslähmung).

8.2. Konsequenzen für eine psychologisch-psychotherapeutische Betreuung von chronischen Dialysepatienten und deren Angehörige

Die Befunde dieser Arbeit machen das Ausmaß der psychischen Belastung von Dialysepatienten und ihrer Partner und ihre Auswirkungen deutlich. Zum Teil stark ausgeprägte emotionale Schwierigkeiten und psychosoziale Auffälligkeiten legen die Notwendigkeit einer psychologisch-psychotherapeutischen Unterstützung für die Bewältigung der Krankheit und Dialyse bei Patient und Partner nahe.

Da für beide der Hauptakzent auf unterschiedlichen Belastungssymptomen liegt, sollten die Ziele solcher Maßnahmen variieren.

Für den Patienten stellt sich die Problematik seiner psychischen und psychosozialen Situation folgendermaßen dar: Minderwertigkeits- und Schuldgefühle lassen den Patienten vorsichtig sein und resultieren in innerem und äußerem Rückzug. Gleichzeitig leidet er jedoch gerade unter dieser selbstgeförderten Isolation und Einsamkeit (Franke/Sträbe/Heinze 1978). Bemühungen, einen guten Eindruck zu machen, indem sie sich unbelastet und stark darstellen, sprechen dafür, daß sie unerwünschte Gefühle und Gedanken wie Sorgen, Ängste, Lebensüberdruß etc. in sich hineinfressen; sie getrauen sich nicht, so zu sein wie sie sind und sich fühlen (Abhängigkeit vom Urteil anderer, mangelnde Selbstakzeptierung). Diese Form der Problembewältigung vermag sich in psychosomatischen Beschwerden zu äußern.

Massive Belastungssymptome und Minderwertigkeitsempfindungen (Depressivität, emotionale Labilität, Gehemmtheit) führen bei den Dialysepartnern, insbesondere bei den HHD-Partnern zu einer deutlichen Neurotisierung. Auch sie neigen dazu, Schwierigkeiten stillzuschweigen.

Dies könnte daher rühren, daß sie meinen, die Dialyse als Gesunder problemlos verkraften zu müssen. Auch bei ihnen treten von daher psychosomatische Beschwerden als Folge dieser Problemverleugnung auf.

Auch die Kommunikation und Interaktion zwischen Patient und Partner weist Störungen auf, die eine konstruktive gemeinsame Krankheitsbewältigung erschweren können. Diese wird durch die Polarisierung krank-gesund im Sinne von minderwertig-wertvoll zusätzlich belastet. Konflikte zwischen Dominanz/Herrschaftsanspruch einerseits und Gefügigkeit/Unterwerfung andererseits und Rücksichtnahme, Aufopferung, Nähe vs. Offenheit, Schonungslosigkeit sensu Dörner/Plog (1978) legen Schwierigkeiten und Spannungen in der familiären Kommunikation nahe. Diese werden bislang selten in einer offenen Auseinandersetzung bearbeitet (vgl. Ergebnisse), sondern durch Demonstration starker Ähnlichkeiten und Nähe überspielt.

Wie oben ausgeführt (siehe Punkt 1.4.1.1. und 1.4.2.) stellt sich die offene Auseinandersetzung mit eigenen Schwierigkeiten und mit Bedürfnissen und Gefühlen des Partners als Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Krankheits- und Problembewältigung und bessere Überlebenschancen dar. Diese Zusammenhänge legen aufdeckende psychologisch-psychotherapeutische Interventionen nahe, die dem Patienten und Partner eine behutsame Annäherung und Bearbeitung belastender Erlebnisinhalte ermöglichen. Hier scheinen - wie aus der Darstellung der psychosozialen Situation der Dialysefamilie ersichtlich (s.o.) - neben Einzel- vor allem Partner- bzw. Familienbehandlungen zur Verbesserung der innerfamiliären Kommunikation und Interaktion indiziert.

Da psychische, psychosoziale, psychosomatische und kommunikative Schwierigkeiten schon bei Dialyse-'Neulingen' auftauchen (siehe Ergebnisse), sind Unterstützungsmaßnahmen möglichst frühzeitig zu initiieren (Drees 1976, Ebra/Toth 1972, Freyberger 1973a, Ullmann 1973). Psychologisch-psychotherapeutische Angebote an

Patienten und Angehörige werden allgemein für notwendig gehalten. Vorschläge und Anregungen für ein sinnvolles Vorgehen sind bislang jedoch nur vereinzelt veröffentlicht. Die meisten Autoren postulieren ihre Vorstellungen auf der Grundlage kasuistischer Beobachtungen, ohne sich auf empirische Befunde zu stützen (Abram 1969, 1974, Berkman 1978, Drees 1976, Freyberger 1973a,b, Greenberg 1974, Heinemann et al. 1974, Hollon 1972, Kaplan de-Nour 1970, Katz 1974, Kopel 1974, Lieber et al. 1978, Lohmann 1973, Lützenkirchen 1974, Mc Kevitt 1976, Reichsman/Mc Kegney 1978, Shambaugh/Kanter 1969, Sorensen 1972, Tuckman 1970, Wijsenbeek/Munitz 1970). Bisher veröffentlichte Konzepte und Erfahrungen (Näheres hierzu in Franke 1980) dienen für Franke/Sträble/Heinze als Anregung für die Entwicklung eines "Betreuungsprogrammes zur psychosozialen Rehabilitation chronisch Nierenkranker und deren Angehörigen" (1978). Dieses Programm lehnt sich im wesentlichen an die von Heinemann et al. (1974) veröffentlichten Überlegungen zu einem abgestuften Betreuungssystem an. Im Rahmen eines Forschungsprojektes wurde von dieser Arbeitsgruppe eine Effektivitätsüberprüfung der angewendeten psychologisch-psychotherapeutischen Maßnahmen vorgenommen. Das Programm beinhaltet eine umfassende psychosoziale Betreuung chronisch niereninsuffizienter Patienten, deren Angehöriger und des Dialysepersonals. Es umfaßt verschiedene psychologisch-psychotherapeutische Interventionen, die - je nach Art der Störung und Ziel - ein abgestuftes Vorgehen ermöglichen und im Sinne eines Baukasten-Systems angewendet werden können.

Aus diesem Programm sollen hier lediglich zwei Maßnahmen und deren Ergebnisse kurz dargestellt werden (Näheres siehe Franke/Sträble/Heinze 1978), um Bearbeitungsmöglichkeiten oben angezeigter Schwierigkeiten zu verdeutlichen. Hierbei handelt es sich zum einen um eine psychohygienische Maßnahme, nämlich um das 1976 entwickelte Freiburger Modell eines Vorbereitungsunterrichts mit dem Ziel, den zukünftigen Dialysepatienten und seine Familie

mit der bevorstehenden chronischen Dialysebehandlung und den dadurch auftretenden Problemen vertraut zu machen. Zum anderen soll an einem Fallbeispiel die Behandlung von Interaktions-schwierigkeiten demonstriert werden.

8.2.1. Vorbereitungsunterricht von Patienten und Angehörigen auf die ihnen bevorstehende chronische Dialyse und die damit auftretenden Probleme⁺⁾

Um das Ziel zu erreichen, Patienten und Angehörige auf die ihnen bevorstehende Dialyse vorzubereiten und somit prophylaktisch stärkeren psychischen Schwierigkeiten entgegenzuwirken, wurde ein Unterrichtszyklus entwickelt, mit dessen Hilfe Patienten und Angehörige von medizinischer, pflegerischer, technischer, sozialer und psychologischer Seite Schritt für Schritt auf die Dialyse hingeführt wurden (unsystematische Desensibilisierung). Die Bedrohung, die von der Maschine und der Behandlung in der prädialytischen Zeit ausgeht, ist noch gering, die Betroffenen in diesem Stadium noch aufnahmefähiger und unerschrockener als an der künstlichen Niere und von daher für eine gedankliche und reale Auseinandersetzung am empfänglichsten. Die Konfrontation mit allen Belastungen und Schwierigkeiten der chronischen Behandlung wurde aus diesen Gründen in die prädialytische Zeit vorverlegt (Antizipation von Gefahr siehe Lazarus 1966).

Die Überprüfung des Vorbereitungsunterrichtes ergab, daß diejenigen Patienten und Partner, die am Vorbereitungsunterricht teilgenommen haben, im Vergleich zu den Nicht-Teilnehmern zu Beginn der Dialysebehandlung weniger ängstlich, verschüchtert und verkrampft waren; sie wirkten zuversichtlicher, wußten über Komplikationen besser Bescheid, lernten schneller mit der Maschine umzugehen und versuchten schon eher, ihre berufliche und finanzielle Situation zu regeln. Dieser Vorbereitungsunterricht wurde sowohl von den Patienten und deren Angehörigen als auch vom Dia-

⁺⁾ Diskussion der Probleme einer mangelhaften Vorbereitung auf die chronische Dialysebehandlung und deren Auswirkungen siehe Franke 1980

lysepersonal als sinnvoll und effektiv beurteilt.

Von seiten des Personals wurde gesagt, daß die Ziele des vorbereitenden Unterrichts - nämlich die psychosoziale Vorbereitung der Patienten und deren Angehörigen auf die chronische Dialysebehandlung - als erreicht betrachtet werden können. Auch aus den Aussagen der Patienten und Partner ist ersichtlich, daß sie durch diese Vorbereitung die Anfangszeit recht gut überstanden haben, ihnen alles gleich vertrauter war und sie weniger geängstigt hat, sie zuversichtlicher geworden sind, mit der Dialyse weiterleben zu können, und es ihnen leichter gefallen ist, sich auf die Veränderung ihrer Lebensgewohnheiten einzustellen.

8.2.2. Kasuistik

Am nachfolgenden Beispiel sollen Effekte einer psychologischen Partnerbehandlung illustriert werden, die wegen massiver Eheschwierigkeiten durchgeführt wurde.

Es handelt sich hier um ein Ehepaar, das die Verfasserin seit Beginn der chronischen Dialyse kennt und sporadisch betreute. Schon während der Ausbildungszeit zur Heimdialyse traten häufiger Probleme zwischen den Ehepartnern auf, die mit Punktionschwierigkeiten einhergingen.

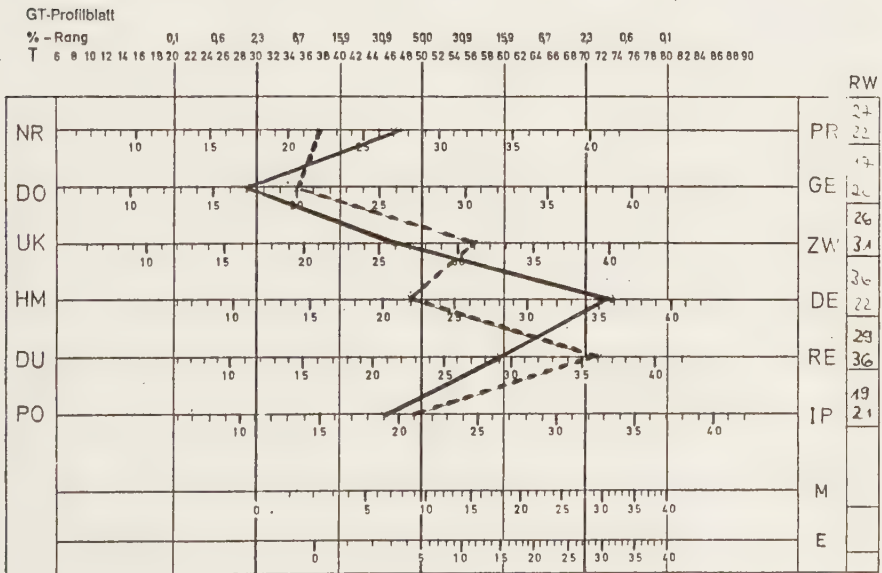
Im Laufe der Heimdialyse steigerten sich die Krisen zum Teil zu unerträglichen Spannungen, so daß das Verhältnis und die Durchführung der Heimdialyse für beide immer stärker belastet wurde. Im Rahmen einer wegen Punktionschwierigkeiten notwendig gewordenen Auffangdialyse berichtete die Patientin von ihren starken Kommunikationsstörungen und bat um Hilfe. Sowohl die Patientin als auch ihr Mann litten sehr unter ihren Spannungen und waren zu einer Partnerbehandlung bereit. Folgende psychologisch-psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen wurden gewählt:

- Kommunikationstraining für Paare nach Berlin (1977), ein programmierter Kurs, mit dem die Kommunikation des Ehepaares verbessert werden soll (offene, direkte, nicht anklagende Kommunikation). Es enthält 9 Sitzungen, die alleine oder mit dem Psychologen/Psychotherapeuten durchgearbeitet werden können.
- Gesprächspsychotherapeutische Einzelkontakte mit der Patientin.

Der Partner konnte aus durchführungstechnischen Gründen (Wohnort weit entfernt, mußte jedesmal für HHD und Besuch in Freiburg Urlaub nehmen) nicht stärker in die Betreuung einbezogen werden.

Die Überprüfung der Behandlungseffekte erfolgte mittels der Gießen-Test-Versionen Selbst-, Fremd- und Idealbild für beide Eheleute (Prä- und Posttestung). Diese sollen hier exemplarisch dargestellt werden:

Vergleich SPAT prä und post



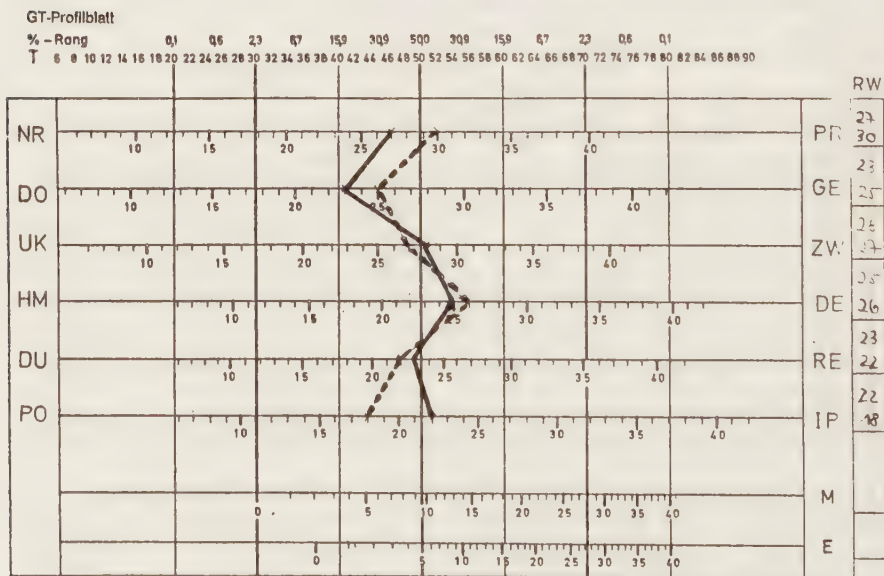
(beurteilt von _____) Name SPAT prä und post Geburtsdatum prä ---

Beruf _____ Testdatum post ---

Die Patientin sah sich nach der psychologisch-psychotherapeutischen Betreuung

- weniger attraktiv, beliebt, geachtet (möglicherweise durch offene Aussprache dessen, was ihren Mann an ihr stört),
- weniger eigensinnig - dominierend, während sie sich zu Beginn sehr herrschsüchtig und ungeduldig wahrnahm,
- sehr viel weniger depressiv (vorher überdurchschnittlich, hinterher durchschnittlich),
- verschlossener-zurückhaltender.

Vergleich SPRT prä und post



(beurteilt von _____)

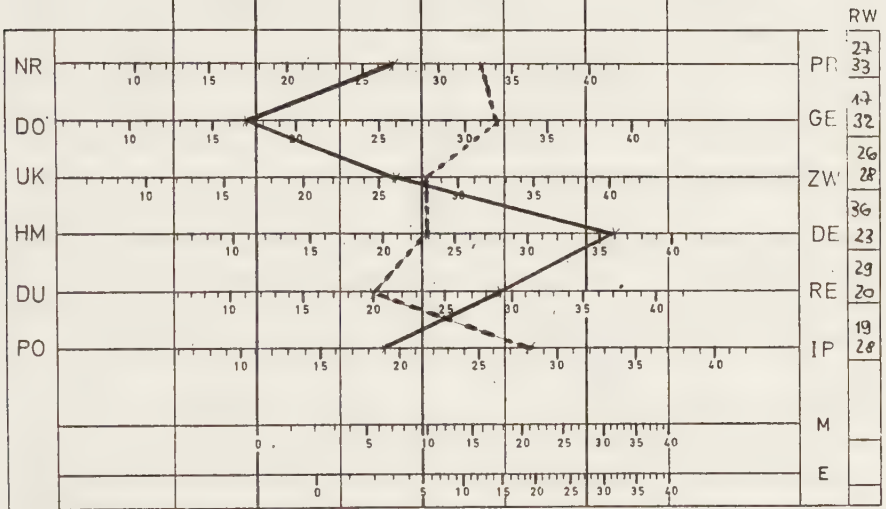
Name SPRT prä und post Geburtsdatum prä
 Beruf _____ Testdatum post

Beim Partner stimmten die Selbstschilderungen vor und nach der Behandlung nahezu überein.

Vergleich SPAT - IPAT prä und post

GT-Profilblatt

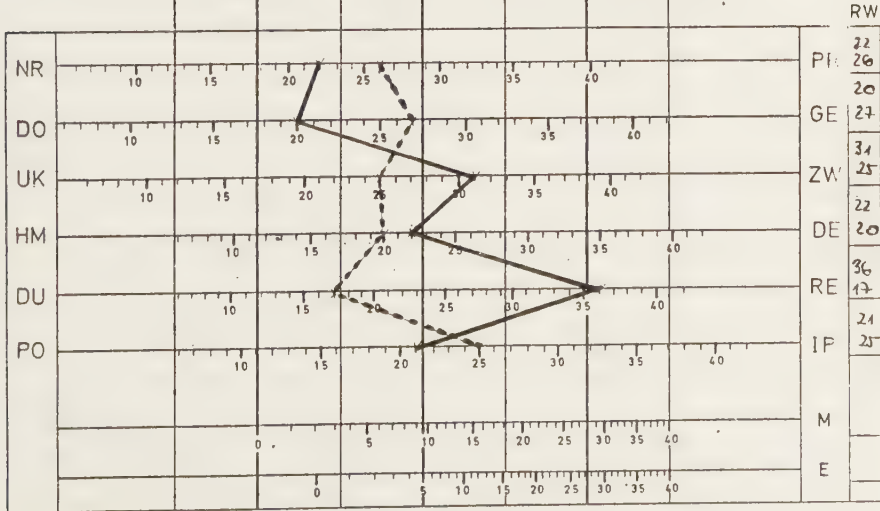
% - Rang 0,1 0,6 2,3 6,7 15,9 30,9 50,0 30,9 15,9 6,7 2,3 0,6 0,1
T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90



(beurteilt von _____) Name SPAT - JPAT prä Geburtsdatum SPAT
Beruf _____ Testdatum JPAT

GT-Profilblatt

% - Rang 0,1 0,6 2,3 6,7 15,9 30,9 50,0 30,9 15,9 6,7 2,3 0,6 0,1
T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90



(beurteilt von _____) Name SPAT - JPAT post Geburtsdatum SPAT
Beruf _____ Testdatum JPAT

Zwischen dem Real- und Idealbild der Patientin traten im Prätest deutliche Diskrepanzen auf, die sich während der Behandlung zum Teil reduzierten, zum Teil verlagerten.

In Skala 2 (Dominanz) schilderte sie sich zunächst extrem eigensinnig, ungeduldig, herrschsüchtig, wollte jedoch eher gefügig und geduldig sein; nach der Betreuung verminderte sich die Diskrepanz durch eine Annäherung beider Bilder: die Patientin erlebte sich nicht mehr derart dominierend, möchte aber auch nicht mehr übermäßig gefügig sein.

In Bezug auf Depressivität (Skala 4) klappten Wunschvorstellungen und Realbild anfangs stark auseinander; nach der Behandlung stimmten beide Bilder nahezu überein, bedingt dadurch, daß die Patientin sich als deutlich weniger depressiv schilderte.

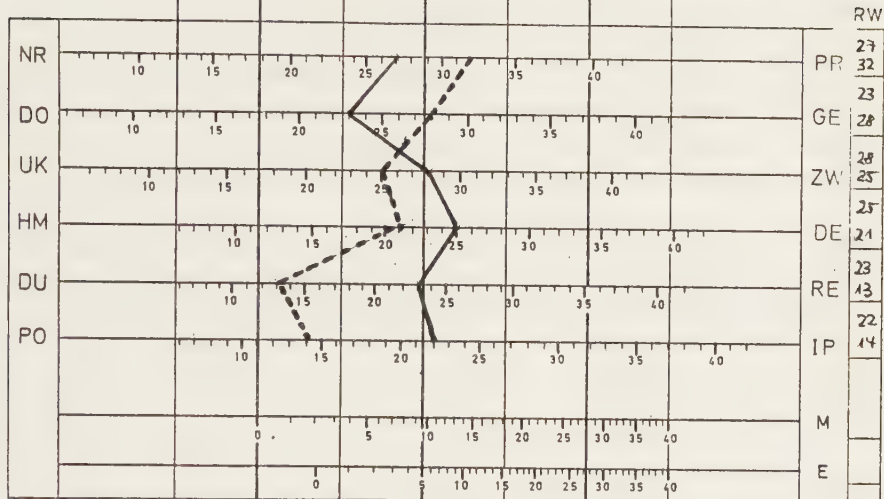
Hinsichtlich der Offenheit lagen in der Prätestung beide Bilder im Durchschnittsbereich, nach der Betreuung wichen Selbst- und Idealbild stärker auseinander: die Patientin möchte nach wie vor offener, mittelsamer und vertrauensvoller sein, erlebte sich aber tatsächlich davon weit entfernt (evtl. als ein Sich-Zurücknehmen zu verstehen, unter anderem der Dominanzansprüche).

Vergleich SPRT - IPRT prä und post

GT-Profilblatt

% - Rang

T 8 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90



(beurteilt von _____)

Name SPRT - IPRT präGeburtsdatum SPRT —

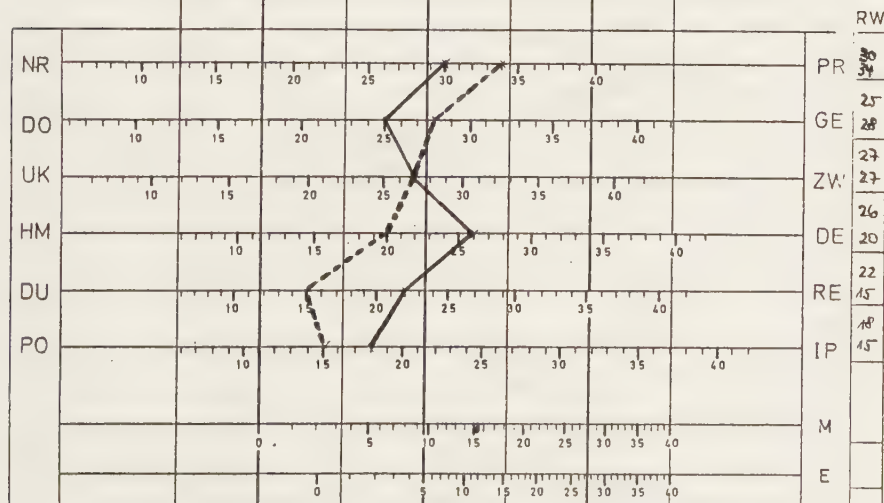
Beruf _____

Testdatum IPRT —

GT-Profilblatt

% - Rang

T 8 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90



(beurteilt von _____)

Name SPRT - IPRT postGeburtsdatum SPRT —

Beruf _____

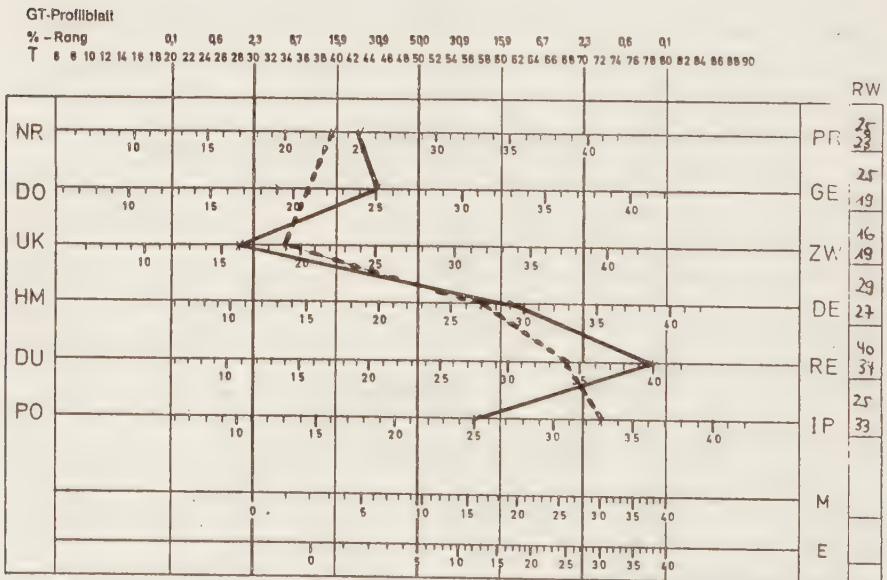
Testdatum IPRT —

Beim Partner näherten sich beide Bilder in den Bereichen 'Durchlässigkeit' und 'Soziale Potenz'.

In der Voruntersuchung fielen Realbild und Wunschbild für das Maß der Offenheit auseinander: der Partner hatte den starken Wunsch, vertrauensvoller und mitteilbarer zu sein. Nach der Behandlung erlebte er sich offener und aufgeschlossener.

Auch für die Skala 'Soziale Potenz' erfolgte eine Annäherung: der Partner nahm sich nun stärker und geselliger wahr (die Behandlung brachte vermutlich Aufwertung seiner Person mit sich).

FPAT prä und post

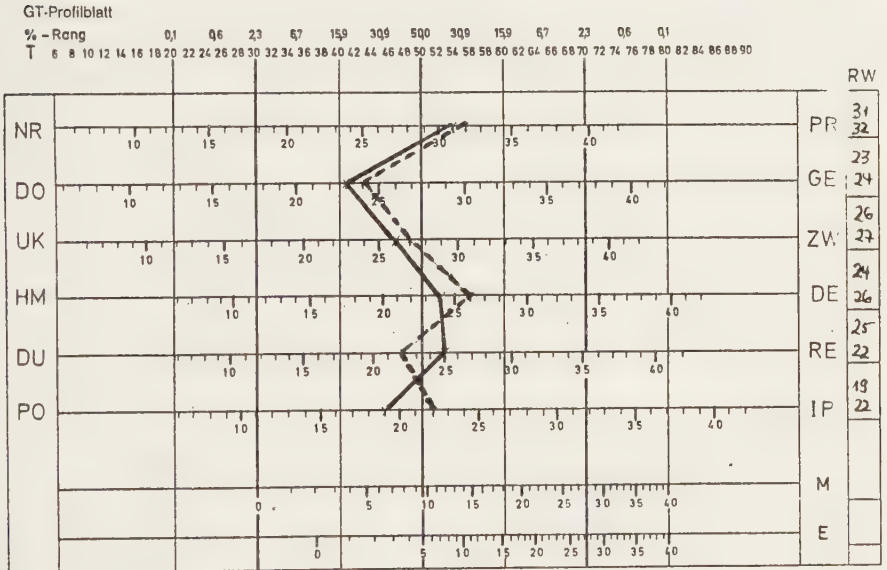


(beurteilt von _____) Name FPAT prä und post Geburtsdatum prä

Beruf _____ Testdatum post

Die Patientin empfand ihren Mann nach dem Kommunikationstraining dominanter und eigensinniger (er ließ sich unter anderem weniger von ihr gefallen), weniger verschlossen, aber dennoch eher zurückhaltend und wenig gesellig.

FPRT prä und post



(beurteilt von _____)

Name FPRT prä und post
Beruf _____

Geburtsdatum prä —
Testdatum post ---

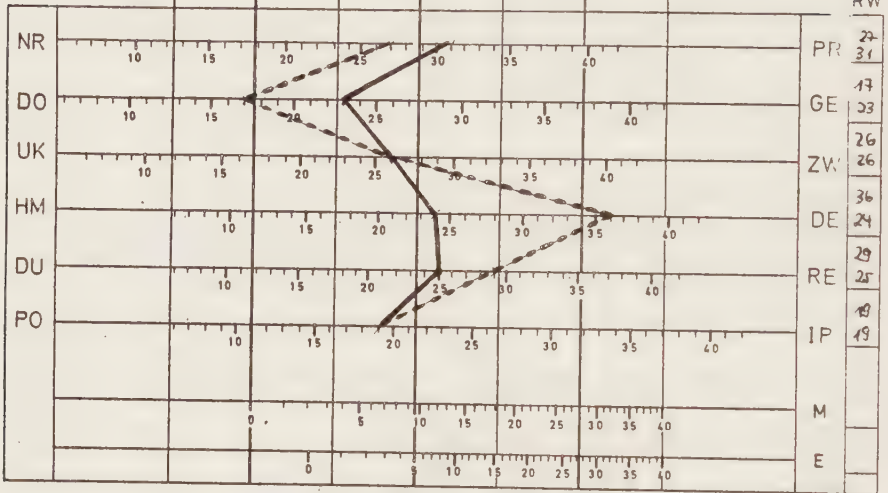
Der Partner erlebte seine Frau vor und nach der Behandlung in ähnlicher Weise.

Vergleich SPAT - FPRT prä und post

GT-Profilblatt

% - Rang

T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90



(beurteilt von _____)

Name SPAT-FPRT prä

Geburtsdatum SPAT ---

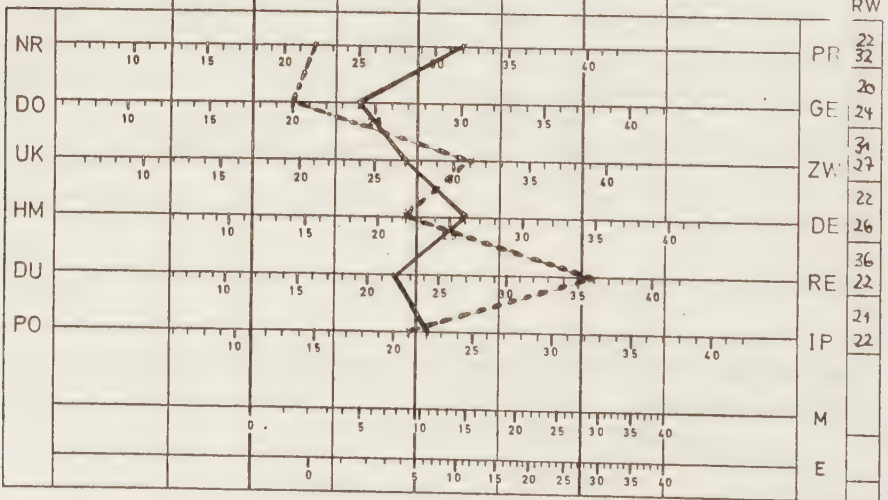
Beruf _____

Testdatum FPRT ---

GT-Profilblatt

% - Rang

T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90



(beurteilt von _____)

Name SPAT-FPRT post

Geburtsdatum SPAT ---

Beruf _____

Testdatum FPRT ---

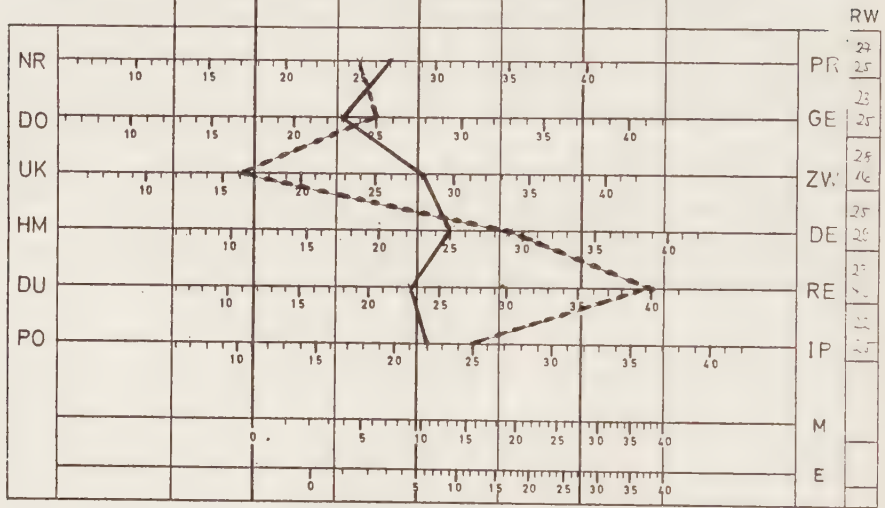
Es fällt auf, daß der Partner die Patientin vor dem Kommunikationstraining weniger extrem erlebte als sie sich selbst. Er nahm nicht das Ausmaß ihrer Herrschsucht und Depressivität wahr. Nach der Behandlung verminderten sich diese Diskrepanzen infolge Veränderungen in der Selbstwahrnehmung der Patientin.

Während der Partner vor der Partnerbehandlung den Grad an Dominanz und Depressivität seiner Frau weniger präzise erfaßte, traf diese nachher eher auf das Minderwertigkeitsempfinden und die nachlassende Mitteilbarkeit seiner Partnerin zu.

Vergleich SPRT - FPAT prä und post

GT-Profilblatt

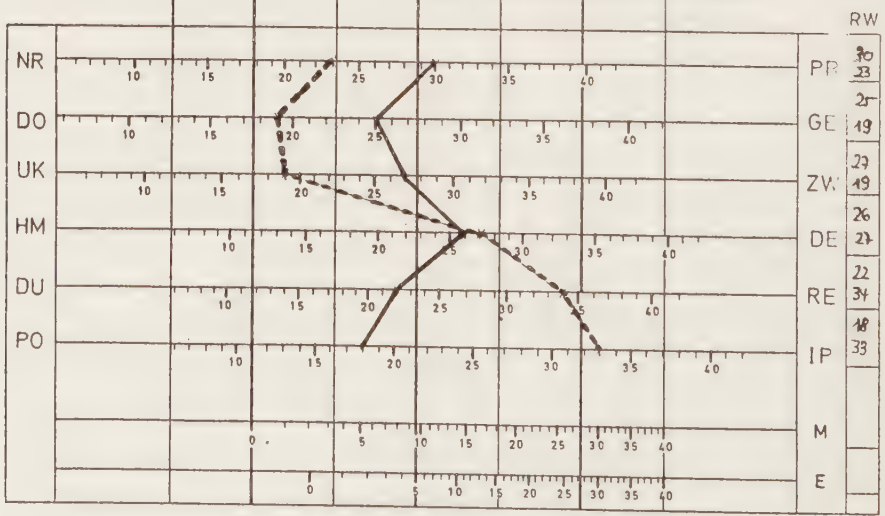
% - Rang 0,1 Q6 23 67 159 309 500 309 159 67 23 Q6 Q1
T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90



(beurteilt von _____) Name SPRT - FPAT prä Geburtsdatum SPRT
Beruf _____ Testdatum FPAT

GT-Profilblatt

% - Rang 0,1 Q6 23 67 159 309 500 309 159 67 23 Q6 Q1
T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90



(beurteilt von _____) Name SPRT - FPAT post Geburtsdatum SPRT
Beruf _____ Testdatum FPAT

Unterschiede in der Wahrnehmung des Mannes treten in der Voruntersuchung für die Dimensionen 'Kontrolle' und 'Durchlässigkeit' auf: die Patientin erlebte ihren Mann sehr unkontrolliert, unordentlich, triebhaft und verschlossen-mißtrauisch, während er sich für durchschnittlich kontrolliert und offen hielt.

Nach der Behandlung verringerten sich die Diskrepanzen bezüglich Kontrolle und Verschlossenheit insofern, als die Patientin ihren Mann etwas angemessener wahrnehmen konnte. Überraschend differierten beide Partner in der Beurteilung seiner sozialen Potenz: die Ehefrau erkannte ungenügend, daß ihr Mann sich durchschnittlich sozial potent erlebte; sie hielt ihn nach dem Kommunikationstraining für wenig gesellig und unternehmungslustig. Diese Entwicklung kann möglicherweise damit in Zusammenhang gebracht werden, daß sie in den gemeinsamen Gesprächen erfuhr, daß ihr Mann nicht so stark von ihr weg- und zu anderen Menschen hinstrebte wie sie vermutete.

Wesentliche Effekte der Kommunikations- und Interaktionsstruktur kamen in erster Linie durch die Persönlichkeitsänderungen der Patientin zustande. Nachdem sie sich und ihren Mann nach der psychologisch-psychotherapeutischen Behandlung weniger negativ sehen konnte, war eine entspanntere, offenerere, weniger anklagende Kommunikation im Sinne Berlins möglich geworden.

An diesen Beispielen sollte exemplarisch gezeigt werden, wie zu erwartende emotionale Schwierigkeiten prophylaktisch angegangen (vgl. 8.2.) und wie zum Teil schwere Kommunikationsbeeinträchtigungen und Interaktionsschwierigkeiten bearbeitet werden können.

Erste Ergebnisse des Betreuungsprogramms, aus dem die dargestellten Beispiele stammen, lassen deutlich erkennen, daß selbst schon kurz angelegte psychologisch-psychotherapeutische Interventionen positive Effekte zeitigten. Hierzu zählen unter anderem eine geringere Beeinträchtigung durch psychosomatische Störungen und eine Minderung an Erlebens- und Verhaltensauffälligkeiten wie Depressivität, Angst etc. (Näheres siehe Franke et al. 1978).

9. ZUSAMMENFASSUNG

Die chronische Dialysebehandlung stellt sowohl für den Patienten und seine Angehörige als auch für das Dialysepersonal eine ständige emotionale Belastung dar.

Psychische, psychosoziale und/oder psychosomatische Schwierigkeiten sind bei allen Beteiligten immer wieder zu beobachten. Folgende Reaktionen sind für die Dialysepatienten und deren Partner charakteristisch:

- Depressivität, oft auch Suizidgedanken
- Diätmißachtungen
- Feindseligkeiten und Aggressivität
- Angst vor Komplikationen, vor der Zukunft und dem Tod
- Schlafschwierigkeiten
- Appetitmangel
- Nervosität
- Libido- und Potenzeinschränkungen bzw. -verluste
- soziale Isolation.

Beim Dialysepersonal fällt eine überdurchschnittlich hohe Fluktuations- und Krankmelderate auf, die auf eine starke psychische Belastung in der Betreuung chronischer Dialysepatienten schließen läßt. Ähnlich dem Patienten und seinem Partner reagieren auch Dialyseschwester und -Pfleger mit Ängsten, Depressivität und Aggressivität.

Für die Bewältigung der chronischen Niereninsuffizienz und der dadurch notwendigen Dialysebehandlung sind neben krankheitsbedingten Determinanten nicht nur intrapsychische Bedingungen wie Persönlichkeitsmerkmale, Lern- und Lebenserfahrungen und Bewältigungsmechanismen verantwortlich, sondern in starkem Maße auch interaktionale Faktoren. Die Beziehung zwischen Patient und Familie, zwischen Patient-Personal, die Einstellung aller zur Krankheit und zur Dialysebehandlung beeinflussen die Bereitschaft und Chancen

des Patienten, sich mit seiner Situation zu arrangieren.

Für die vorliegende Arbeit interessierten daher folgende Fragenkomplexe:

- die psychosoziale Situation des chronischen Dialysepatienten und seines Partners,
- Persönlichkeitsveränderungen von Dialysepatienten und Partnern,
- die Interaktion zwischen Patient und Partner.

Dieser Fragestellung wurde mit Hilfe eines multivariaten Ansatzes nachgegangen (Querschnitts- und Verlaufsanalyse).

Probleme der Durchführbarkeit eines exakten experimentellen Designs bei der vorliegenden Population und Effekte von Mehrfachmessungen auf die Ergebnisse wurden diskutiert.

Nachfolgend werden die Ergebnisse dieser Untersuchung zusammengefaßt:

Selbst-, Fremdwahrnehmung und Wunschvorstellungen

Sowohl bei Dialysepatienten als auch bei deren Partnern fällt die geringe Bereitschaft, aus sich herauszugehen auf. Sie sind darum bemüht, Schwächen und Schwierigkeiten zu dissimulieren. Dies drückt sich vor allem zu Beginn der Untersuchung in der Selbstdarstellung der Patienten aus: sie empfinden sich als unbelastet, gelassen und selbstsicher, was in Anbetracht der belastenden Krankheitssituation unwahrscheinlich erscheint.

Mit Fortschreiten der Untersuchung - vermutlich in Zusammenhang mit wachsender Vertrautheit zum VL und geringeren Ängsten, sich bloßzustellen - nehmen bei den Dialysepatienten Belastungssymptome zu; sie weisen Zeichen eines äußeren und inneren Rückzuges auf. Diese Veränderungen sind sehr deutlich in der Gruppe der ZHD-Patienten festzustellen; für HHD-Patienten sind geringe Selbstwertgefühle typischer.

Die Partner dagegen schildern sich gleich zu Beginn belastet, ängstlich, selbstunsicher und mit Minderwertigkeitsgefühlen behaftet. Auffallende Unterschiede werden zwischen den Partnern

der Kliniks- und denen der HHD-Patienten sichtbar: die ZHD-Partner sind geprägt durch massive Verleugnung von Aggressionstendenzen und starken Kontaktwünschen (Orientierung nach außen), für die Partner der HHD-Patienten sind starke neurotische Erlebens- und Verhaltensweisen charakteristisch.

Im Laufe der Untersuchung erleben Dialysepartner sich jedoch zunehmend selbstsicherer und durchsetzungsfähiger.

Auch der Vergleich der Fremdbilder spiegelt diese Beobachtungen im wesentlichen wider: der Patient wird zunächst gelassener, unbelasteter gesehen, der Partner dagegen gestörter. Dies zeigt sich insbesondere in der Fremdwahrnehmung der HPD-Patienten, die ihren Partner gestörter und ängstlicher erleben. Die starken Kontaktwünsche der ZHD-Partner und deren Orientierung nach außen werden ebenfalls vom Patienten deutlich wahrgenommen.

Im Laufe der psychologischen Untersuchung haben die Patienten den Eindruck, daß Attraktivität und Gefügigkeit/Unterwerfung ihres Partners schwinden. Sie sehen ihre Partner attraktiver, offener und sozial potenter als sich selbst. Die Partner dagegen beobachten beim Patienten zunehmend eigensinniges, triebhaftes, unstetes, verschlossenes Verhalten. Sie empfinden den Patienten verschlossener und sozial unaufgeschlossener als diese sich.

Die Idealvorstellungen über die Dialysepatienten von Patient und Partner unterscheiden sich nur wenig voneinander und bleiben stabil: der Dialysepatient soll vor allem attraktiv, durchschnittlich dominant und kontrolliert, hypomanisch, offen und sozial potent sein.

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Real- und Idealbild als Maß von Zufriedenheit und Akzeptierung (Diskussion siehe Punkt 3.2.2.), so weisen die Ergebnisse darauf hin, daß der Patient mit dem Maß seiner Attraktivität, Dominanz, Kontrolle und sozialen Potenz zufrieden ist. Die Zufriedenheit des Partners beschränkt sich dagegen auf das Maß an Attraktivität des Patienten.

Dialyse-'Neulinge'und deren Partner

Die Ergebnisse von Dialysepatienten, die sich neu im chronischen Dialyseprogramm befinden, und deren Partner basieren auf einer kleinen Stichprobe. Von daher können sie lediglich als vorläufige, nicht generalisierbare Hinweise verstanden werden.

Veränderungen im Selbsterleben von neuen Dialysepatienten und deren Partner verlaufen ähnlich der Gesamtgruppe. Bei neuen Dialysepatienten mehren sich im Verlauf der Untersuchung und der ersten Dialysemomate Belastungssymptome (Nervosität, Depressivität, emotionale Labilität, Gehemmtheit) und Minderwertigkeitsgefühle. Zu Beginn der Untersuchung sind emotionale

Labilität, Eigensinn und Herrschaftsansprüche typisch für sie. Beim Partner des neuen Dialysepatienten tritt eine psychische Verunsicherung dagegen zusammen mit Rücksichtnahme auf.

Im Verlauf der Untersuchung spüren sie, wie sie zunehmend besser Bedürfnisse und Machtansprüche durchsetzen.

Der Vergleich beider Selbstbilder ergibt, daß neue Dialysepatienten sich unbelasteter und weniger beeinträchtigt fühlen als ihre Partner und daß diese sich im Gegensatz zu ihnen gehemmter und neurotischer erleben.

Die Veränderungen, die die Patienten an ihren Partnern wahrnehmen (Fremdbilder), schwanken im Verlauf der Untersuchung: die Patienten nehmen sie zunächst weniger attraktiv-beliebt und herrschsüchtiger-dominanter, dann jedoch nicht mehr so dominant, dafür sozial aufgeschlossener wahr. Der neue Dialysepatient seinerseits wird zunehmend dominant-eigensinnig und verschlossen-mißtrauisch erlebt. Hierin unterscheiden sich auch die Fremdwahrnehmungen von Patient und Partner.

Die Idealvorstellungen der neuen Dialysepatienten und ihrer Partner bleiben in dieser Untersuchung stabil. Unterschiede machen sich jedoch bemerkbar zwischen dem, wie der Patient sein möchte und dem, wie ihn sich der Partner wünscht. Während der Patient gefügig-unterwürfig, kontrolliert und extrem hypomanisch sein möchte, soll er für den Partner lieber dominant, unkontrolliert-bedürfnisorientiert, weniger hypomanisch-euphorisch und sehr offen-vertrauensvoll sein.

Interpersonelle Wahrnehmung

Patienten nehmen ihren Partner eher ungenau wahr: sie idealisieren ihn und stellen ihn dadurch in Kontrast zu eigenen Minderwertigkeitsgefühlen und Kommunikationsschwierigkeiten. Die Partner dagegen zeigen größere Sensibilität und geringe Wahrnehmungsverzerrung: sie erleben den Patienten eher kompliziert.

Wie allgemein von Paarbeziehungen bekannt (Beckmann/Maack 1978) erleben sowohl Dialysepatienten als auch deren Partner den anderen ebenfalls attraktiver als sich selbst.

Es fällt auf, daß weder Patient noch Partner das Ausmaß an Offenheit-Vertrauen-Nähe beim anderen realistisch zu erfassen vermögen. Keiner bestätigt den anderen in dessen Selbsteinschätzung. Hierin unterscheiden sich Dialysepaare von repräsentativen Ehepaaren (EEP - Beckmann/Maack). Das Projektionsverhalten von Dialysepaaren unterscheidet sich deutlich je nach Zusammensetzung der Gruppe. Männliche und weibliche Dialysepatienten gemeinsam betrachtet projizieren stark und in vielen Bereichen (Attraktivität, Dominanz, Offenheit, soziale Potenz), männliche Patienten alleine genommen wenig. Als einziges schreiben sie ihrer Partnerin den eigenen Grad an Offenheit/Verschlossenheit zu.

Umgekehrt verhält es sich bei den Partnern: als gemischte Gruppe übertragen sie die Ausprägung eigener Attraktivität und Offenheit auf den Patienten, die Ehefrauen alleine liefern dagegen - mit Ausnahme der Grundstimmung - eine Vielzahl von positiven identifikatorischen Projektionen sensu Beckmann/Maack (1978). Im Vergleich zur Gruppe repräsentativer und klinischer Ehen fallen bei ihnen hohe positive Projektionen auf. Dies kommt einer Festlegung auf Ähnlichkeit mit dem Patienten gleich.

Viele Paare sind charakterisiert durch ausgesprochen starke Unähnlichkeiten miteinander. Während in den Projektionen der Patienten eine Polarisierung zum Partner zum Ausdruck kommt, versucht der Partner eher im Sinne einer Ähnlichkeit Eigenschaften auf den Patienten zu übertragen.

Als Konsequenzen wurden zum einen Forschungsansätze zur weiteren Überprüfung der mit dieser Arbeit aufgeworfenen Fragenkomplexe aufgezeigt; zum anderen wurden mögliche und auch in Freiburg in einem Folgeprojekt realisierte psychologisch-psychotherapeutische Maßnahmen zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung von chronischen Dialysepatienten und Angehörigen vorgestellt und an Beispielen veranschaulicht.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abram, H. S.: The Psychiatrist, the Treatment of Chronic Renal Failure, and the Prolongation of Life: I.
in: Am. J. Psychiat. 124 (1968), 1351
- Abram, H. S.: Psychotherapy in Renal Failure.
in: Current Psychiatric Therapies 10 (1969), 86
- Abram, H. S.: Survival by Machine: The Psychological Stress of Chronic Hemodialysis.
in: Psychiatry Med. 1 (1970), 37
- Abram, H. S.: Psychological Dilemmas of Medical Progress.
in: Psychiatry Med. 3 (1972), 51
- Abram, H. S.: Psychiatric Reflections on Adaptation to Repetitive Dialysis.
in: Kidney International 6 (1974 a), 67
- Abram, H. S.: The "Uncooperative" Hemodialysis Patient: A Psychiatrist's Viewpoint and a Patient's Commentary.
in: Levy, N. B. (Hg.): Living or Dying: Adaptation to Hemodialysis.
Charles C. Thomas, Springfield 1974 b
- Abram, H. S., Moore, G. L., Westervelt, F. B.: Suicidal Behavior in Chronic Dialysis Patients.
in: Am. J. Psychiat. 127 (1971), 1199
- Abram, H. S., Hester, L. R., Sheridan, W. F., Epstein, G. M.: Sexual Functioning in Patients with Chronic Renal Failure.
in: J. Nerv. Ment. Dis. 160 (1975), 220
- Abramson, R., Garg, M. + Angell, J.: Living Dangerously - the Effect of Chronic Pulmonary and Renal Failure on Self-Image.
in: Psychother. Psychosom. 26 (1975), 303
- Albert, F. W., Schmidt, U., Feuling, G. + Kreiter, H.: Organisation, Probleme und Erfolg der Heimdialyse.
in: Med. Klin. 69 (1974), 146
- Alex, N.: Impact of ESRD on the Young Adult.
in: Dialysis & Transplantation 7 (1978), 429
- Alexander, L.: The Double-Bind Theory and Hemodialysis.
in: Arch. Gen. Psychiatry 33 (1976), 1353
- Anger, D.: The Psychologic Stress of Chronic Renal Failure and Long-Term Hemodialysis.
in: Nursing Clinics of North America 10 (1975), 449
- Anger, D. + Anger, D. W.: Life in the Balance.
in: Dialysis and Transplantation 3 (1974), 30

- Anger, D. W. + Anger, D.: Motivation and Adjustment Levels of Hemodialysis Patients.
in: Dialysis and Transplantation 4 (1975), 48
- Anger, D. + Anger, D. W.: Dialysis Ambivalence:
A Matter of Life and Death.
in: Am. J. Nurs. 76 (1976), 276
- Armstrong, S. H.: The Common Structure of Treatment Staff Attitudes toward Adolescent Dialysis Patients.
in: Psychother. Psychosom. 26 (1975), 322
- Armstrong, S. H.: The Psychologist's Place in Chronic In-Center Hemodialysis.
in: Dialysis & Transplantation 6 (1977), 54
- Armstrong, S. H.: Psychological Maladjustment in Renal Dialysis Patients.
in: Psychosomatics 19 (1978), 169
- Bailey, G. L., Hampers, C. L. + Merrill, J. P.:
The Artificial Kidney at Home - A Look 5 Years later.
in: JAMA 212 (1970), 1850
- Baillo, R. A., Crockett, R. E. + Ross, A.:
Social and Psychological Aspects of Regular Haemodialysis Treatment.
in: Proc. Eur. Dial. Transplant Assoc. 5 (1968), 97
- Balck, F., Budäus, G., Knieß, J., Koch, U., Speidel, H.:
Untersuchung zur psychischen Problematik chronischer Hämodialysepatienten unter besonderer Berücksichtigung der Partnerproblematik und der spezifischen Dialysesituation. Unveröff. Arbeitsbericht 1978
- Basch, S.: Adaptation to Dialysis and Body Image.
in: Proc. 5th int. Congr. Nephrol. 3 (1974), 211
- Bateson, G., Jackson, D. D., Laing, R. D., Lidz, T.:
Schizophrenie und Familie.
Suhrkamp, Frankfurt 1969²
- Baumann, U.: Psychologische Taxometrie.
Huber, Bern 1971
- Beard, B. H.: Fear of Death and Fear of Life:
The Dilemma in Chronic Renal Failure, Hemodialysis, and Kidney Transplantation.
in: Arch. Gen. Psychiatry 21 (1969), 373
- Beard, M.: Changing Family Relationships.
in: Dialysis and Transplantation 4 (1975), 34

- Beckmann, D. + Junker, H.: Ehepaarstrukturen im Gießen-Test (GT).
in: Z. Psychoth. med. Psychol. 23 (1973), 140
- Beckmann, D. + Maack, N.: Zum Problem der Personenwahrnehmung
- Interaktionsdiagnostik bei Ehepaaren mit dem Gießen-Test.
in: Med. Psychol. 4 (1978), 114
- Beckmann, D. + Richter, H. E.: Gießen-Test (GT).
Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik.
Huber, Bern 1972
- Beckmann, D. + Richter, H. E.: Erfahrungen mit dem Gießen-
Test (GT). Huber, Bern 1979
- Berkman, A. H.: Sex Counseling with Hemodialysis Patients.
in: Dialysis & Transplantation 7 (1978), 924
- Berlin, J.: Das offene Gespräch. Paare lernen Kommunikation.
Ein programmierter Kurs.
Pfeiffer, Reihe Leben lernen 17, München 1977²
- Blagg, C. R.: Home Hemodialysis.
in: Am. J. Med. Sci. 264 (1972), 168
- Blatt, B. + Tsushima, W. T.: A Psychological Survey of
Uremic Patients Being Considered for the Chronic Hemo-
dialysis Program of Intellectual and Emotional Patterns
in Uremic Patients.
in: Nephron 3 (1966), 206
- Böckenförde, H., Ott, R. + Schneider, E.: Die Anwendung des
Gießen-Tests (GT) zur Untersuchung von Beziehungen zwischen
dem Fremdbild des idealen Therapeuten und dem Selbstbild
von Patienten einer psychosomatischen Klinik sowie einer
klinischen und einer nichtklinischen Vergleichsstichprobe.
Unveröff. Dipl.arbeit an der Universität Tübingen 1974
- Bommer, J., Tschöpe, W., Ritz, E., Andrassy, K.:
Sexual Behavior of Hemodialyzed Patients.
in: Clinical Nephrology 6 (1976), 315
- Bommert, H.: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie.
Kohlhammer, Stuttgart 1977
- Borkman, T. S.: Hemodialysis Compliance: The Relationship
of Staff Estimates of Patients' Intelligence and Under-
standing to Compliance.
in: Soc. Sci. & Med. 10 (1976), 385
- Bothamley, V. A.: Prolonging Life by Mechanical Means
- The Role of the Nurse.
in: Nursing Times 70 (1974), 1702

- Brech, W. J., Piazzolo, P. + Franz, H. E.:
Chronische Hämodialyse im Heim des Patienten.
in: Therapiewoche 21 (1971), 3975
- Brengelmann, J. C.: Die Aufgaben des Psychologen bei der
Dauerdialyse und Nierentransplantation.
in: Münch. Med. Wschr. 110 (1968), 339
- Brown, L. B., Gonski, L. + Mahoney, J.: A Longitudinal
Study of Patients' Attitudes Toward Hemodialysis.
in: Dialysis and Transplantation 7 (1978), 683
- Brown, T. M., Feins, A., Parke, R. C. + Paulus, D. A.:
Living with Long-Term Home Dialysis.
in: Ann. Intern. Med. 81 (1974), 165
- Buchanan, D. C.: Group Therapy for Kidney Transplant Patients.
in: Int. J. Psychiatry Med. 6 (1975), 523
- Buchanan, D. C. + Abram, H. S.: Psychological Adaptation
to Hemodialysis.
in: Dialysis and Transplantation 5 (1976), 36
- Bühler, B., Franke, D., Hildebrand, L. + Schöler, H.:
Über Beziehungen zwischen subjektivem Stress und
Persönlichkeitsmerkmalen.
Unveröff. Diplomarbeit am Psychologischen Institut
der Universität Freiburg, 1972
- Butollo, W. H.: Seelische und körperliche Belastungen
aus psychologischer Sicht.
in: Therapiewoche 28 (1978), 31
- Castro, L. A.: Heimdialyse.
in: Therapiewoche 23 (1973), 2426
- Cazzullo, C. L., Invernizzi, G., Ventura, R., Sostero, M.:
Psychosomatic Implications in Chronic Hemodialysis.
in: Psychother. Psychosom. 22 (1973), 341
- Clauss, G. + Ebner, H.: Grundlagen der Statistik für
Psychologen, Pädagogen und Soziologen.
VEB Berlin, Frankfurt, Zürich 1971
- Coburg, A. J.: Fortschritte der Nierentransplantation.
in: Moderne Medizin 8 (1980), 69
- Cole, C. W., Oetting, E. R., Dinges, N. G.: Effects of
Verbal Interaction. Conditions on Selfconcept
Discrimination and Anxiety.
in: J. Couns. Psych. 20 (1973), 431

- Cramond, W. A., Knight, P. R., Lawrence, J. R.:
The Psychiatric Contribution to a Renal Unit Undertaking
Chronic Haemodialysis and Renal Homotransplantation.
in: Brit. J. Psychiat. 113 (1967), 1201
- Cramond, W. A., Knight, P. R., Lawrence, J. R., Higgins, B. A.,
Court, J. H., Mac Namara, F. M., Clarkson, A. R., Miller,
C. D. J.: Psychological Aspects of the Management of Chronic
Renal Failure.
in: Brit. med. J. 1 (1968), 539
- Curtis, J. R.: Maintenance Hemodialysis in Hospital.
in: Br. med. Bull. 27 (1971), 170
- Czaczkas, J. W., Kaplan De-Nour, A.: Selection of Patients
for Regular Haemodialysis.
in: Proc. Eur. Dial. Transplant. Assoc. 9 (1972), 167
- Czaczkas, J. W., Kaplan De-Nour, A.: Chronic Hemodialysis
as a Way of Life.
Brunner/Mazel, New York 1978
- D'Afflitti, J. G., Swanson, D.: Group Sessions for the
Wives of Home-Hemodialysis Patients.
in: Am. J. Nurs. 75 (1975), 633
- Daly, R. J.: Hostility and Chronic Intermittent
Haemodialysis.
in: J. Psychosom. Res. 13 (1969), 265
- Daly, R. J., Hassall, C.: Reported Sleep on Maintenance
Haemodialysis.
in: Brit. Med. J. 2 (1970), 508
- ddp: "Defizit an der Seele"
in: Badische Zeitung, Freiburg, 13.10.1978
- Dittrich, P. v. + Skrabal, F. (Hg.): Aktuelle Probleme
der Dialyseverfahren und der Niereninsuffizienz.
IV Symposium in Innsbruck 1971
Bindernagel, Friedberg 1971
- Dörner, K. + Plog, U.: Irren ist menschlich oder Lehrbuch
der Psychiatrie/Psychotherapie.
Psychiatrie-Verlag, Wunstorf 1978
- Drees, A.: Möglichkeiten und Grenzen einer Psychotherapie
bei der Rehabilitation chronisch-organisch Kranker am
Beispiel des Dialysepatienten.
in: Niedersächsisches Ärzteblatt 17 (1976), 564
- Drees, A.: Psychologische Probleme bei Nierenpatienten.
in: Der Dialysepatient 6 (1977), 148

- Drees, A.: Der Dialysepatient und sein Behandlungsteam.
in: Der Dialysepatient 3 (1978), 64
- Ebra, G., Toth, J. C.: Chronic Hemodialysis.
Some Psychological and Rehabilitative Considerations.
in: Rehabilitation Literature 33 (1972), 2
- Eckensberger, D.: Zur Kritik von Selbsterfahrungsgruppen.
Diss. Gießen 1978
- Eisendrath, R. M.: The Role of Grief and Fear in the Death
of Kidney Transplant Patients.
in: Am. J. Psychiat. 126 (1969), 381
- Engel, G. L.: A Life Setting Conducive to Illness.
The Giving-up — Given-up Complex.
in: Ann. Intern. Med. 69 (1968), 293
- Engel, G. L. + Schmale, A. H.: Conservation-withdrawal:
A Primary Regulatory Process for Organismic Homeostasis.
Presented at Ciba Foundation Symposium, Phys., Emotion
and Psychosomatic Illness. London 1972
- Euen, E. v.: Zur Psychologie des Diätverhaltens.
Untersuchungen an niereninsuffizienten Patienten.
in: Z. Psychother. med. Psychol. 24 (1974), 31
- Evans, R. W.: Children of Dialysis Patients and Selection
of Dialysis Setting.
in: Am. J. Psychiat. 135 (1978), 343
- Fahrenberg, J.: Psychophysiologische Persönlichkeitsforschung.
Hogrefe, Göttingen 1967
- Fahrenberg, J.: Die Bedeutung individueller Unterschiede
für die Methodik der Aktivierungsforschung.
in: Schönplug, W.: Methoden der Aktivierungsforschung,
1969
- Fahrenberg, J., Selg, H. + Hampel, R.: Das Freiburger
Persönlichkeitsinventar FPI
Hogrefe, Göttingen 1972
- Finkelstein, F. O., Steele, T. E.: Sexual Dysfunction
and Chronic Renal Failure. A Psychosocial Study of
77 Patients.
in: Dialysis & Transplantation 7 (1978), 877
- Finkelstein, F. O., Finkelstein, S. H., Steele, T. E.:
Assessment of Marital Relationships of Hemodialysis
Patients.
in: Med. Sci. 271 (1976), 21

- Fischer, G.: Interpersonelle und gegenständliche Orientierung in der sozialen Interaktion. Eine sozialpsychologische Grundlagenstudie. Diss. Freiburg 1978
- Fishman, D. B., Schneider, C. J.: Predicting Emotional Adjustment in Home Dialysis Patients und Their Relatives. in: J. Chron. Dis. 25 (1972), 99
- Foster, F. G., Mc Kegney, F. P.: Small Group Dynamics and Survival on Chronic Hemodialysis. in: Int'l. J. of Psychiatry in Medicine 8 (1977/78), 105
- Foster, F. G., Cohn, G. L., Mc Kegney, F. P.: Psychobiologic Factors and Individual Survival on Chronic Renal Hemodialysis - A Two Year Follow-up: Part I. in: Psychosom. Med. 35 (1973), 64
- Franke, B.: Psychologische Probleme - Psychotherapie; Chronische Niereninsuffizienz und Sexualität. in: Franz, H. E. (Hg.): Technik und Klinik der Blutreinigungungsverfahren. Hämodialyse - Hämofiltration - Hämodiafiltration - Hämo-perfusion und Peritonealdialyse. Thieme, Stuttgart 1980 im Druck
- Franke, B., Sträßle, L.: Psychohygienische Maßnahmen zur Vorbereitung von Patienten und deren Angehörigen auf die chronische Dialysebehandlung. In Vorber.
- Franke, B., Sträßle, L., Heinze, V.: Psychosoziale Rehabilitation terminal chronisch Nierenkranker. Unveröff. Rechenschaftsbericht Teil I, Teil II (Dokumentation), 1978
- Franz, H. E.: Dialysebehandlung. Eine Anleitung für Patienten und Pflegepersonal. Thieme Ratgeber, Stuttgart 1971
- Franz, H. E. (Hg.): Praxis der Dialysebehandlung. Thieme, Stuttgart 1973
- Freyberger, H.: Psychosomatische Aspekte auf Intensivbehandlungsstationen. in: Lawin, P. (Hg.): Praxis der Intensivbehandlung. Thieme, Stuttgart 1968
- Freyberger, H.: Psychotherapeutische Möglichkeiten und psychosoziale Rehabilitationsprozesse bei chronisch Nierenkranken im Dauer-dialyseprogramm. in: Fortschr. Med. 91 (1973 a), 93
- Freyberger, H.: Psychosomatik, Rehabilitation, Psychotherapie, 1973 b. in: Franz, H. E. 1973

- Freyberger, H.: Das Berufsbild der Dialyseschwester und des Dialysepflegers, 1973 c
in: Franz, H. E. 1973
- Freyberger, H.: Psychosoziale Rehabilitationsprozesse und psychotherapeutische Möglichkeiten bei Dialysepatienten.
in: Therapiewoche 25 (1975), 5783
- Freyberger, H., Bauditz, W.: Psychosyndrome und somatische Reaktionen bei chronisch Nierenkranken im Hämodialyse-dauerprogramm.
in: Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med. 75 (1969), 971
- Freyberger, H., Speidel, H.: Psychosomatische Aspekte der Heimdialyse.
in: Therapiewoche 22 (1972), 2924
- Freyberger, H., Haan, D., Müller-Wieland, K.: Psychosomatische Aufgabenbereiche auf Intensivbehandlungsstationen.
in: Internist 10 (1969), 240
- Freyberger, H., Porschek, S. B., Haan, D.: Die psychologische Situation des Patienten und der Schwestern-Pfleger-Gruppe auf Intensivbehandlungsstationen.
in: Therapiewoche 21 (1971), 1655
- Freyberger, H., Bauditz, W., Speidel, H.: Psychosoziale Rehabilitationsprozesse bei Dauerdialysepatienten.
in: Rehabilitation 13 (1974), 151
- Fried, F. E., Danks, L. R., Beavert, C. S.: Preventing Emotional Problems in a Dialysis Team.
in: Dialysis & Transplantation 5 (1976), 68
- Friedman, E. A., Goodwin, N. J., Chaudhry, L.: Psychological Adjustment to Maintenance Hemodialysis. Part I.
in: NY State J. Med. 70 (1970), 629
- Friedman, E. A., Goodwin, N. J., Chaudhry, L.: Psychological Adjustment of Family to Maintenance Hemodialysis. Part II.
in: NY State J. Med. 70 (1970), 767
- Fripp, E. H.: Social Death. An Interactional Deprivation.
in: Dialysis & Transplantation 6 (1977), 19
- Frohbürg, I.: Die Verwendbarkeit psychodiagnostischer Methoden zur Veränderungsmessung in der Psychotherapie.
in: Helm, J.: Psychotherapieforschung. VEB Berlin 1972
- Gaus, E., Köhle, K.: Die Therapie der chronischen terminalen Niereninsuffizienz aus psychosomatischer Sicht: Hämodialyse und Transplantation.
in: Uexküll, Th. v. 1979

- Gelfman, M., Wilson, E. J.: Emotional Reactions in a Renal Unit.
in: Compr. Psychiatry 13 (1972), 283
- Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG, Hg.): Besprechung der Diplomarbeit von Pöhn, N.: Das System von C. R. Rogers - Darstellung und Ansatz einer Kritik (unveröff. Dipl.arbeit des Psychol. Inst. II, Universität Würzburg 1972)
in: GwG - Info 15, 1974, 21
- Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.
- GwG: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie.
Kindler, München 1975
- Ghantous, W. N., Bailey, G. L., Zschaecck, D., Hampers, C. L., Merrill, J. P.: Long-Term Hemodialysis in the Elderly.
in: Trans. Amer. Soc. Artif. Int. Organs 17 (1971), 125
- Glassman, B. M., Siegel, A.: Personality Correlates of Survival in a Long-Term Hemodialysis Program.
in: Arch. Gen. Psychiat. 22 (1970), 566
- Goldstein, A. M., Reznikoff, M.: Suicide in Chronic Hemodialysis Patients from an External Locus of Control Framework.
in: Am. J. Psychiat. 127 (1971), 1204
- Gombos, E. A., Lee, T. H., Harton, M. R., Cummings, J. W.: One Year's Experience with an Intermittent Dialysis Program.
in: Ann. Intern. Med. 61 (1964), 462
- Gonzales, F. M., Pabico, R. C., Brown, W. H., Maher, J. F., Schreiner, G. E.: Further Experience with the Use of Routine Intermittent Hemodialysis in Chronic Renal Failure.
in: Trans. Amer. Soc. Artif. Int. Organs 9 (1963), 11
- Greenberg, J. M., Weltz, S., Spitz, C., Bizzozero, O. J.: Factors of Adjustment in Chronic Hemodialysis Patients.
in: Psychosomatics 16 (1975), 178
- Greenberg, M. D.: Personality and Adjustment in Hemodialysis Patients.
in: Dialysis and Transplantation 6 (1977), 9
- Greenberg, R. P., Davis, G., Massey, R.: The Psychological Evaluation of Patients for a Kidney Transplant and Hemodialysis Program.
in: Am. J. Psychiat. 130 (1973), 274
- Greenberg, S.: Group Process with Dialysis Patients and their Families.
in: Dialysis & Transplantation 3 (1974), 39

- Günzel, M.: Psychologie.
in: Beske, F. (Hg.): Lehrbuch für Krankenschwestern
und Krankenpfleger, Bd. I.
Thieme, Stuttgart 1970
- Gurland, H. J.: Die psychologischen Probleme bei der
Dauerdialyse und Nierentransplantation.
in: Münch. Med. Wschr. 110 (1968), 337
- Haan, N.: Coping and Defense Mechanism Related to
Personality Inventories.
in: J. Consult. Psychol. 29 (1965), 373
- Hagberg, B.: A Prospective Study of Patients in Chronic
Hemodialysis - III. Predictive Value of Intelligence,
Cognitive Deficit and Ego Defence Structures in Re-
habilitation.
in: J. Psychosom. Res. 18 (1974), 151
- Hagberg, B.: Psychological Factors of Importance in
Adaptation to Home Dialysis.
in: Opuscula Medico - Technica Lundensia 13 (1975), 24
- Halper, I. S.: Psychiatric Observations in a Chronic
Hemodialysis Program.
in: Med. Clin. N. Amer. 55 (1971), 177
- Hampers, C. L. + Merrill, J. P.: Hemodialysis in the Home
- 13 Months' Experience.
in: Ann. Intern. Med. 64 (1966), 276
- Hampers, C. L., Schupak, E.: Long-Term Hemodialysis.
Grune & Stratton, New York 1967
- Hampers, C. L., Merrill, J. P. + Cameron, E.:
Hemodialysis in the Home - a Family Affair.
in: Trans. Amer. Soc. Artif. Intern. Organs 11 (1965), 3
- Harari, A., Munitz, H., Wijssenbeek, H., Levi, J., Steiner, M.,
Rosenbaum, M.: Psychological Aspects of Chronic Haemo-
dialysis.
in: Psychiat., Neurol., Neurochir. 74 (1971), 219
- Hartmann, P. E. + Becker, M. H.: Non-Compliance with
Prescribed Regimen among Chronic Hemodialysis Patients.
in: Dialysis and Transplantation 7 (1978), 978
- Heinemann, L., Precht, K., Röseler, B., Heinemann, G.:
Gedanken zu einem abgestuften psychosozialen Betreuungs-
system im Rahmen der Rehabilitation von Dialysepatienten.
in: Zschr. Urol. 66 (1974), 19

- Heinrich, M. J. + Slevin, S.: Patients' Attitudes Toward Hemodialysis Frequency. A Pilot Study.
in: Dialysis and Transplantation 6 (1977), 12
- Hinkle, L. E. jr. + Wolff, H. G.: The Nature of Men's Adaptation to his Total Environment and the Relation of this to Illness.
in: AMA Arch. Intern. Med. 99 (1957), 442
- Holcomb, J. L., MacDonald, R. W.: Social Functioning of Artificial Kidney Patients.
in: Soc. Sci. & Med. 7 (1973), 109
- Holden, M. O.: The Effect of Chronic Hemodialysis on Dependency.
in: Dialysis & Transplantation 7 (1978), 644
- Hollon, T. H.: Modified Group Therapy in the Treatment of Patients on Chronic Hemodialysis.
in: Am. J. Psychother. 26 (1972), 501
- Holst, D. v.: Renal Failure as the Cause of Death in Tupaia belangeri Exposed to Persistent Social Stress.
in: J. comp. Physiol. 78 (1972), 236
- Holst, D. v.: Sozialverhalten und sozialer Streß bei Tupajas.
in: Umschau 73 (1973), 8
- Huber, W., Strauch-Rahäuser, G., Werner, J., Häfner, H. + Strauch, M.: Factors Influencing Rehabilitation in Regular Haemodialysis - A Standardised Questionnaire in 222 Patients.
in: Proc. Eur. Dial. Transplant Assoc. 9 (1972), 257
- Janke, W.: Methoden der Induktion von Aktiviertheit.
in: Schönflug, W. 1969
- Joel, S., Wieder, S. M.: Factors Involved in Adaptation to the Stress of Hemodialysis.
in: Smith-College-Studies in Social Work 43 (1973), 193
- Joraschky, P. + Köhle, K.: Maladaptation und Krankheitsmanifestation. Das Streßkonzept in der psychosomatischen Medizin.
in: Uexküll, Th. v. 1979
- Kane, F. J., Simes, L.: Phantom Urinary Phenomena in Hemodialysis Patients.
in: Psychosomatics 18 (1977), 13
- Kaplan De-Nour, A.: Some Notes on the Psychological Significance of Urination.
in: J. Nerv. Ment. Dis. 148 (1969), 615

- Kaplan De-Nour, A.: Psychotherapy with Patients on Chronic Haemodialysis.
in: Brit. J. Psychiat. 116 (1970), 207
- Kaplan De-Nour, A.: Role and Reactions of Psychiatrists in Chronic Hemodialysis Programs.
in: Psychiatry Med. 4 (1973), 63
- Kaplan De-Nour, A.: Hemodialysis: Sexual Functioning.
in: Psychosomatics 19 (1978), 229
- Kaplan De-Nour, A., Czaczkes, J. W.: Emotional Problems and Reactions of the Medical Team in a Chronic Haemodialysis Unit.
in: The Lancet 2 (1968), 987
- Kaplan De-Nour, A., Czaczkes, J. W.: Resistance to Home Dialysis.
in: Psychiatry Med. 1 (1970), 207
- Kaplan De-Nour, A., Czaczkes, J. W.: Professional Team Opinion and Personal Bias - a Study of a Chronic Hemodialysis Unit Team.
in: J. Chron. Dis. 24 (1971), 533
- Kaplan De-Nour, A., Czaczkes, J. W.: Personality Factors in Chronic Hemodialysis Patients Causing Noncompliance with Medical Regimen.
in: Psychosom. Med. 34 (1972), 333
- Kaplan De-Nour, A., Czaczkes, J. W.: Team-Patient Interaction in Chronic Hemodialysis Units.
in: Psychother. Psychosom. 24 (1974), 132
- Kaplan De-Nour, A., Czaczkes, J. W.: The Influence of Patient's Personality on Adjustment to Chronic Dialysis.
in: J. Nerv. Ment. Dis. 162 (1976), 323
- Kaplan De-Nour, A., Shaltiel, J., Czaczkes, J. W.: Emotional Reactions of Patients on Chronic Hemodialysis.
in: Psychosom. Med. 30 (1968), 521
- Kaplan De-Nour, A., Czaczkes, J. W., Lilos, P.: A Study of Chronic Hemodialysis Teams - Differences in Opinions and Expectations.
in: J. Chron. Dis. 25 (1972), 441
- Katz, R. C.: Single Session Recovery from a Hemodialysis Phobia: A Case Study.
in: J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. 5 (1974), 205
- Keleman, W. A., Kolff, W. J.: The Use of the Artificial Kidney in the Very Young, the Very Old, and the Very Sick.
in: JAMA 171 (1959), 530

- Kerrick, J. S.: Dimensions on Judgement of Illness.
in: Gen. Psychol. Monographs 79 (1969), 191
- Kessel, M.: Medizinische, psychologische und sozio-
ökonomische Aspekte der Heimdialysebehandlung.
in: Dittrich, P. v. + Skrabel, F. (Hg.) 1971 a
- Kessel, M.: Heimdialyse als familiäres Problem.
in: Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med. 77 (1971 b), 241
- Kessel, M. + Kuchenbuch, A.: Psychologisch-psychiatrische
Aspekte bei chronisch intermittierenden Dauerdialysen.
in: Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med. 73 (1967), 995
- Keupp, H.: Psychische Störungen als abweichendes Verhalten.
Urban/Schwarzenberg, München 1972
- Kilpatrick, D. G., Miller, W. C., Williams, A. V.:
Locus of Control and Adjustment to Long-Term Hemodialysis.
in: Proceedings, 80th Annual Convention, APA, 7 (1972), 727
- Koch, U.: Wie Ärzte sich selbst und ihre Patienten sehen.
Ergebnisse einer empirischen Untersuchung.
in: Psychologie Heute 2 (1975), 13
- Köhle, K., Simons, C. + Urban, H.: Zum Umgang mit unheilbar
Kranken.
in: Uexküll, Th. v. 1979
- Kollmann, D.: Schlimmer als ein "Vampir". Psychodynamische
Studien an zwei jugendlichen Patientinnen mit chronischer
Hämodialyse.
in: Ärztliche Praxis 25 (1973), 3321
- Kopel, K.: Crisis Intervention.
in: Dialysis & Transplantation 3 (1974), 48
- Kossoris, P.: An Adjunct to Hemodialysis and Transplantation.
in: Am.J. Nurs. 70 (1970), 1730
- Kübler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden.
Kreuz, Stuttgart 1973⁷
- Laing, R. D., Phillipson, H. + Lee, A. R.:
Interpersonelle Wahrnehmung.
Suhrkamp, Frankfurt 1971¹
- Landsman, M. K.: The Patient with Chronic Renal Failure:
A Marginal Man.
in: Ann. Inter. Med. 82 (1975), 268
- Larsen, N. A.: Sexual Problems of Patients on RDT and
after Renal Transplantation.
in: Proc. Eur. Dial. Transplant Assoc. 9 (1972), 271

- Lazarus, R. S.: Psychological Stress and the Coping Process.
Mc Graw Hill, New York 1966
- Levitt, E. E.: Die Psychologie der Angst.
Kohlhammer, Stuttgart 1971
- Levy, N. B.: Sexual Adjustment to Maintenance Hemodialysis
and Renal Transplantation: National Survey by Questionnaire:
Preliminary Report.
in: Trans. Amer. Soc. Artif. Int. Organs 19 (1973), 138
- Levy, N. B.: Topic: The Hemodialysis Center.
in: Psychother. Psychosom. 26 (1975), 344
- Levy, N. B.: Coping with Maintenance Hemodialysis
- Psychological Considerations in the Care of Patients.
in: Massry, S. G. + Seller, A. L.(Eds.): Clinical Aspects
of Uremia and Hemodialysis-
Thomas, Springfield 1976
- Levy, N. B.: Introduction to Symposium.
in: Dialysis & Transplantation 7 (1978 a), 870
- Levy, N. B.: Sexual Factors and Rehabilitation.
in: Dialysis & Transplantation 7 (1978 b), 591
- Levy, N. B.: Psychological Sequelae to Hemodialysis.
in: Psychosomatics 19 (1978 c), 329
- Levy, N. B. + Wynbrandt, G. D.: The Quality of Life on
Maintenance Haemodialysis.
in: Lancet 1 (1975), 1328
- Lewis, E. J., Foster, D. M., De la Puente, J. + Scurlock, C.:
Survival Data for Patients Undergoing Chronic Inter-
mittent Hemodialysis.
in: Ann. Intern. Med. 70 (1969), 311
- Lidz, Th.: Familie und psychosoziale Entwicklung.
Fischer, Frankfurt 1971
- Lieber, A. L., Schlanger, W. W., Levi, J. S.:
Group Therapy with Hemodialysis Patients.
in: Dialysis & Transplantation 7 (1978), 464
- Lipowski, Z. J.: Psychosocial Aspects of Disease.
in: Ann. Intern. Med. 71 (1969), 1197
- Lipowski, Z. J.: Physical Illness, the Individual and
the Coping Processes.
in: Psychiatry Med. 1 (1970), 91
- Lohmann, R.: Der chronisch körperlich Kranke.
in: Internist 13 (1972), 452

- Lohmann, R.: Psychotherapeutische Poliklinik bei Patienten mit Dialyseverfahren.
in: Erfahrungsheilkunde 22 (1973), 233
- Lohmann, R.: Vergleichende psychologische, psychophysiologische und internistische Untersuchungen zur Wertigkeit der Organsubstitution und -restitution bei terminaler Niereninsuffizienz.
Unveröff. Zwischenbericht des Teilprojektes B 10, Stand 1978
- Lohmann, R., Teuwsen, E. : Bilder chronisch Nierenkranker in der artifiziellen Lebensverlängerung.
in: Wieck, H. H. (Hg.): Psychopathologie musischer Gestaltungen, Schattauer, Stuttgart 1974
- Lucente, F. E. + Fleck, S.: A Study of Hospitalization Anxiety in 408 Medical and Surgical Patients.
in: Psychosom. Med. 34 (1972), 304
- Lützenkirchen, J.: Psychotherapeutische Führung von Dialysepatienten.
in: Med. Klin. 69 (1974), 152
- Mac Namara, M.: Psychosocial Problems in a Renal Unit.
in: Brit. J. Psychiat. 113 (1967), 1231
- Malmquist, A.: A Prospective Study of Patients in Chronic Hemodialysis - I. Method and Characteristics of the Patient Group.
in: J. Psychosom. Res. 17 (1973), 333
- Malmquist, A.: A Prospective Study of Patients in Chronic Hemodialysis - II. Predicting Factors Regarding Rehabilitation.
in: J. Psychosom. Res. 17 (1973), 339
- Marshall, J. R.: Effective Use of a Psychiatric Consultant on a Dialysis Unit.
in: Postgrad. Med. 55 (1974), 121
- Mass, M., Kaplan De-Nour, A.: Reactions of Families to Chronic Hemodialysis.
in: Psychother. Psychosom. 26 (1975), 20
- Moore, G. L.: Nursing Response to the Long-Term Dialysis Patient.
in: Nephron 9 (1972), 193
- Maurin, J., Schenkel, J.: A Study of the Family Unit's Response to Hemodialysis.
in: J. Psychosom. Res. 20 (1976), 163

- Mc Kegney, P. F., Lange, P.: The Decision to no Longer Live on Chronic Hemodialysis.
in: Am.J. Psychiat. 128 (1971), 267
- Mc Kevitt, P. M.: Treating Sexual Dysfunction in Dialysis and Transplant Patients.
in: Health and Social Work 1 (1976), 133
- Mc Kevitt, P. M.: Role of the Nephrology Social Worker in Treating Sexual Dysfunction.
in: Dialysis & Transplantation 7 (1978), 928
- Menzies, J. C. + Stewart, W. K.: Psychiatric Observations on Patients Receiving Regular Dialysis Treatment.
in: Brit. Med. J. 2 (1968), 544
- Mrutt, S. R.: The Dialysis Nurse: A Special Breed?
in: J. of the South Carolina Medical Association 70 (1974), 115
- Mrutt, S. R., Allain, A.: Personality Correlates of Renal Dialysis Patients and Their Spouses.
in: Southern Medical Journal 67 (1974), 941
- Mock, L. A. T. + Kopel, K.: Psychosocial Aspects of Home and In-Center Dialysis.
in: Dialysis and Transplantation 6 (1977), 36
- Muehrcke, R. C., Sheehan, M., Lawrence, A. G., Moles, J. B., Mandal, A. K.: Home Hemodialysis.
in: Med. Clin. North Am. 55 (1971), 1473
- Pach, J., Waniek, W., Hartmann, H. G.: Änderungen der männlichen Sexualfunktion unter Langzeitdialyse und nach Nierentransplantation aus psychiatrischer Sicht.
in: Med. Klin. 72 (1977), 216
- Pach, J., Waniek, W., Hartmann, H. G., Jakubowski, D.: Häufigkeit und syndromatische Ausgestaltung depressiver Zustände unter chronischer Hämodialyse.
in: Med. Klin. 73 (1978), 1691
- Pentecost, R. L.: Family Study in Home Dialysis.
in: Arch. Gen. Psychiatry 22 (1970), 538
- Pentecost, R. L., Zwerenz, B., Manuel, J. W.: Intrafamily Identity and Home Dialysis Success.
in: Nephron 17 (1976), 88
- Perry, F. L.: The Role of the Nurse.
in: Dialysis & Transplantation 3 (1974), 24
- Pierce, D. M., Lawton, R., Freeman, R., Fearing, M.: Psychological Correlates of Chronic Hemodialysis Estimated by MMPI Scores.
in: Psychology 10 (1973), 53

- Pierce, D. M., Lawton, R., Freeman, R., Fearing, M.:
Longitudinal Stability of Psychological Status of
Hemodialysis Patients.
in: Psychology 10 (1973), 66
- Penney, E. L.: Psychological Aspects of Urination in
Renal Failure Patients.
in: Psychosomatics 17 (1976), 35
- Pohlen, M.: Gruppenanalyse im klinischen Feld.
in: Psychother. Psychosom. 20 (1972), 117
- Pritchard, M.: Meaning of Illness and Patients' Response
to Long Term Haemodialyses.
in: J. Psychosom. Res. 18 (1974), 457
- Procci, W. R.: Dietary Abuse in Maintenance Hemodialysis
Patients.
in: Psychosomatics 19 (1978), 16
- Procci, W. R., Hoffman, R. I., Chatterjee, S. N.:
Persistent Sexual Dysfunction Following Renal Transplantation.
in: Dialysis & Transplantation 7 (1978 a), 891
- Procci, W. R., Hoffmann, K. I., Chatterjee, S. N.:
Sexual Functioning of Renal Transplant Recipients.
in: J. Nerv. Ment. Dis. 166 (1978 b), 402
- Rahäuser, G., Böker, W.: Zur psychiatrischen Kriseninter-
vention beim chronisch hämodialysierten Patienten.
in: Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med. 76 (1970), 1044
- Rassek, M., Paar, G., Schultheis, K.-H., Simons, C.,
Köhle, K.: Funktionen der ärztlichen Visite im Rahmen
der internistisch-psychosomatischen Krankenversorgung.
in: Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med. 81 (1975), 1735
- Reichsman, F., Levy, N. B.: Problems in Adaptation to
Maintenance Hemodialysis.
in: Arch. Intern. Med. 30 (1972), 859
- Reichsman, F., Mc Kegney, F. P.: Psychosocial Aspects
of Maintenance Hemodialysis.
in: Friedman, E. A. (Ed.): Strategy in Renal Failure.
John Wiley & Sons, New York 1978
- Renner, E., Finke, K., Heinecke, G., Rath, K., Teuwsen, E.:
Heim- oder Zentrumsdialyse? Vergleichende Untersuchung
zur Rehabilitation chronisch Nierenkranker.
in: Fortschr. Med. 91 (1973), 323
- Retan, J. W. + Lewis, H. Y.: Repeated Dialysis of Indigent
Patients for Chronic Renal Failure.
in: Ann. Intern. Med. 64 (1966), 284

- Robinson, B. H. B.: Intermittent Haemodialysis in the Home.
in: Br. Med. Bull. 27 (1971), 173
- Rogers, C. R.: A Theory of Personality, Therapy and
Interpersonal Relationship as Developed in the Client-
Centered Framework.
in: Koch, S. (Ed.): Psychology. A Study of a Science.
Mc Graw Hill, New York 1959, 184
- Rogers, C. R.: Die klient-bezogene Gesprächstherapie.
Kindler, München 1973
- Rogers, C. R. + Dymond, R. F. (Eds.): Psychotherapy and
Personality Change.
Univ. of Chicago Press 1954
- Salvatierra, O., Fortmann, J. L., Belzer, F. O.:
Sexual Function in Males before and after Renal
Transplantation.
in: Urology 5 (1975), 64
- Sand, P., Livingston, G., Wright, R. G.: Psychological
Assessment of Candidates for a Hemodialysis Program.
in: Ann. Intern. Med. 64 (1966), 602
- Schönpflug, W.: Methoden der Aktivierungsforschung.
Huber, Bern 1969
- Schoeppe, W.: Heimdialyse .
in: Franz, H. E. 1973
- Schraml, W.: Einführung in die Tiefenpsychologie für
Pädagogen und Sozialpädagogen.
Klett, Stuttgart 1970³
- Schraml, W.: Psychologie im Krankenhaus. Ein Leitfaden
für Schwestern, Pfleger und verwandte Berufe.
Huber, Bern 1972
- Schreiner, G. E., Maher, J. F.: Hemodialysis for Chronic
Renal Failure. III Medical, Moral and Ethical, and
Socio-economic Problems.
in: Ann. Intern. Med. 62 (1965), 551
- Scott, D. L.: Psychiatric problems of haemodialysis:
Their Treatment by Hypnosis.
in: Brit. J. Psychiatry 122 (1973), 91
- Seitz, B.: Zusammenhänge zwischen Depressivität und realem
und idealem Selbstbild. Vortrag gehalten auf dem Kongreß
für Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Berlin Februar 1980

- Selg, H.: Einführung in die experimentelle Psychologie.
Kohlhammer, Stuttgart 1966¹
- Shambaugh, P. W., Kanter, S. S.: Spouses under Stress:
Group Meetings with Spouses of Patients on Hemodialysis.
in: Am. J. Psychiat. 125 (1969), 928
- Shambaugh, P. W., Hampers, C. L., Bailey, G. L., Snyder, D.,
Merrill, J. P.: Hemodialysis in the Home - Emotional
Impact on the Spouse.
in: Trans. Amer. Soc. Artif. Int. Organs 13 (1967), 41
- Shea, E. J., Bogdan, D., Freeman, R. B., Schreiner, G. E.:
Hemodialysis for Chronic Renal Failure; Psychological
Considerations.
in: Ann. Intern. Med. 62 (1965), 558
- Short, M. J., Wilson, W. P.: Roles of Denial in Chronic
Hemodialysis.
in: Arch. Gen. Psychiat. 20 (1969), 433
- Shulman, R., Pacey, I., Diwold, P.: The Quality of Life
on Home Haemodialysis. Presented at the European
Conference on Psychosomatic Research, Edingburgh 1974
- Smith, E. K. M., Curtis, J. R., Mc Donald, S. J. +
De Wardener, H. E.: Hemodialysis in the Home.
Problems and Frustrations.
in: Lancet 1 (1969), 614
- Solschenizyn, A.: Krebsstation.I.
Rowohlt, Hamburg 1971
- Sorensen, E. T.: Group Therapy in a Community Hospital
Dialysis Unit.
in: JAMA 221 (1972), 899
- Speidel, H.: Abhängigkeit in der modernen Medizin.
in: Therapiewoche 23 (1973), 2505
- Speidel, H., Kerekjarto, M., Knauf, B., Probst, P.:
Psychische und psychosoziale Probleme bei Prothesen-
trägern; ein Vergleich zwischen Patienten mit Hüft-
endoprothesen, künstlichen Herzklappen und unter
chronischer klinischer Hämodialyse.
in: Medizinische Psychologie 2 (1975), 127
- Der Spiegel: An die Nieren.
in: Der Spiegel 27 (1973), 104
- Steele, T. E., Finkelstein, S. H., Finkelstein, F. O.:
Hemodialysis Patients and Spouses.
in: J. Nerv. Ment. Dis. 162 (1976), 225

- Steinmetz, L., Marshall, J. R.: Personality Qualities
in Dialysis Nurses.
in: Dialysis & Transplantation 2 (1973), 26
- Stewart, S., Johansen, R.: A Family Systems Approach
to Home Dialysis.
in: Psychother. Psychosom. 27 (1976/77), 86
- Strauch-Rahäuser, G.: Der chronisch hämodialysierte
Patient als Beispiel für seelische Reaktionen auf
unheilbare Krankheit.
in: Ärzteblatt Baden-Württemberg 11 (1975), 543
- Strauch-Rahäuser, G.: Psychische und soziale Probleme
des Dialysepatienten.
in: Nieren- u. Hochdruckkrankheiten 6 (1977), 235
- Strauch, M., Häfner, H., Huber, W., Rahäuser, G., Werner, J.,
Brittinger, W. D., Häfner-Ranabauer, W.: Standardisierte
sozialpsychiatrische Fragebogenuntersuchung beim
chronisch-hämodialysierten Patienten.
in: Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med. 76 (1970), 1042
- Strauch, M., Huber, W., Rahäuser, G., Werner, J.,
Walzer, P., Häfner, H.: Rehabilitation in Patients
Undergoing Maintenance Haemodialysis: Results of a
Questionnaire in 15 Dialysis Centers.
in: Proc. Eur. Dial. Transplant Assoc. 8 (1971), 28
- Streltzer, J., Finkelstein, F., Feigenbaum, H., Kitsen, J.:
The Spouse's Role in Home Hemodialysis.
in: Arch. Gen. Psychiat. 33 (1976), 55
- Strotzka, H. + Grumiller, J.: Krankheit als soziales
Phänomen.
in: Internist 13 (1972), 403
- Struck, K.-D.: Hilfreiche Gespräche mit krebserkrankten
Patienten.
in: Jankowski, P., Tscheulin, D., Fietkau, H.-J.,
Mann, F. (Hg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute,
Hogrefe, Göttingen 1976
- Sullivan, M. F.: The Dialysis Patient and Attitudes
Towards Work.
in: Psychiatry in Med. 4 (1973), 213
- Swanson, D., D'Afflitti, J.: Group Couples Treatment.
in: Dialysis & Transplantation 3 (1974), 23
- Tausch, R., Tausch, A.-M.: Gesprächspsychotherapie.
Hogrefe, Göttingen 1979

- Teuwsen, E.: Entwicklungsversuch einer Bildwahlmethode zur psychologischen Untersuchung der Lebenssituation chronisch Nierenkranker in der artifiziellen Lebensverlängerung.
Diss. Zürich 1975
- Teuwsen, E., Lohmann, R. + Finke, K.: Vergleichende psychologische Untersuchungen zur Situation des chronisch Nierenkranken unter den Bedingungen der Zentrumsdialyse, der Heimdialyse und der Nierentransplantation.
in: Dittrich, P. v. + Skrabal, F. 1971
- Tsaltas, M. O.: Children of Home Dialysis patients.
in: JAMA 236 (1976), 236
- Tuckman, A. J.: Brief Psychotherapy and Hemodialysis.
in: Arch. Gen. Psychiat. 23 (1970), 65
- Uexküll, Th. v.: Probleme und Aufgaben der psychosomatischen Medizin in der Gegenwart.
in: Med. Klin. 68 (1973), Teil I, 1386
Teil II, 1415
- Uexküll, Th. v. (Hg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin.
Urban/Schwarzenberg, München 1979
- Ullmann, W.: Psychologische Untersuchungen bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz.
in: Zschr. Urol. 66 (1973), 661
- Vincent, P.: Factors Influencing Patient Noncompliance: A Theoretical Approach.
in: Nurs. Res. 20 (1971), 509
- Vollrath, P., Ferner, H., Wertzel, H., Ritz, E.: Interaktionsverhalten zwischen Patienten und Schwestern auf einer Dialysestation. Eine testpsychologische Untersuchung.
in: Inn. Med. 4 (1977), 169
- Vollrath, P., Ferner, H., Vetter, P., Ritz, E., Zebe, H., Bundschu, H. D., Malluche, H. H.: Sexualverhalten hämodialysierter Patienten.
in: Inn. Med. 3 (1976), 349
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D.: Menschliche Kommunikation.
Huber, Bern 1974
- Wendland, K. L. + Loock, W.: Psychodiagnostische Leistungsprüfungen bei Dialysepatienten.
in: Klin. Wschr. 55 (1977), 45

- Whatley, L. W.: Home and In-Center Hemodialysis Patients.
A Sociological View.
in: Dialysis and Transplantation 4 (1975), 18
- Wijsenbeek, H., Munitz, H.: Group Treatment in a
Hemodialysis Center.
in: Psychiat., Neurol., Neurochir. 73 (1970), 213
- Willi, J.: Die Zweierbeziehung.
Rowohlt, Hamburg 1976
- Wright, R. G., Sand, P., Livingston, G.: Psychological
Stress During Hemodialysis for Chronic Renal Failure.
in: Ann. Intern. Med. 64 (1966), 611
- Wright, T.: Family Therapy and the Nephrology Patient.
in: Dialysis & Transplantation 4 (1975), 61
- Zebe, H., Vollrath, P., Ritz, E., Bommer, J., Vetter, P.,
Malluche, H., Bundschu, H. D.: Psychologische und
somatische Analyse der Potenzstörung bei urämischen
und nierentransplantierten Patienten.
in: Aktuelle Probleme der Dialyseverfahren und
Niereninsuffizienz.
V. Symposium, Innsbruck 1974
- Ziarnik, J. P., Freeman, C. W., Sherrard, D. J.,
Calsyn, D. A.: Psychological Correlates of Survival
on Renal Dialysis.
in: J. Nerv. Ment. Dis. 164 (1977), 210

ANHANG

In den Anhang wurden nur diejenigen Untersuchungsmaterialien aufgenommen, die unveröffentlicht bzw. selbst konstruiert sind:

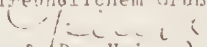
1. Brief des Leiters der Freiburger Dialysestationen, Prof. Heinze, an die Patienten und ihre Angehörigen
2. Brief der Verfasserin an die Dialysefamilien, in dem sie die Untersuchung ankündigte
3. Ankündigung des Besuches für die 2. und 3. Untersuchung
4. Instruktion zur Testbatterie
5. Fragebogen 'Biographische Daten' Patient
6. Fragebogen 'Biographische Daten' Partner

ich habe in den letzten Monaten in vielen Gesprächen mit Patienten und bei den Visiten den Eindruck gewonnen, daß manche seelischen und sozialen Probleme unserer Patienten wie auch ihrer Angehörigen in der Hast der Alltagsarbeit und durch die Belastung der Mitarbeiter nicht recht zur Sprache kommen konnten. Neben der medizinischen und technischen Versorgung sollten aber auch diese Dinge berücksichtigt werden. Z.B. müßten sie die Möglichkeit haben, sich über ihre Sorgen und Ängste während der Dialyse selbst, über Schwierigkeiten im Verhältnis zu den Ärzten und Schwestern, aber auch über häusliche Schwierigkeiten etwa mit den Kindern, Fragen ihrer beruflichen Tätigkeit ebenso auszusprechen wie über die Möglichkeit von Perindialysen oder etwa die Transplantation.

Ich habe mich daher bemüht, für alle diese häufig doch recht schwierigen Fragen sachverständige Hilfe zu bekommen. Seit einigen Monaten arbeitet Frau Beatrix Franke in unserer Abteilung mit. Frau Franke ist Diplom-Psychologin und betreut in dieser Eigenschaft bereits zahlreiche Patienten aus anderen Gebieten. Über ihr Fachgebiet hinaus hat sie sich lange Zeit mit den besonderen Problemen der Dialysepatienten vertraut gemacht. Ich denke, daß sie uns allen mit ihrem Fachwissen eine gute und tüchtige Hilfe geben kann.

Wahrscheinlich haben Sie Frau Dr. Franke schon wiederholt in der Klinik oder im Heimdialyse-Trainingszentrum gesehen und kennengelernt. Ich habe mit ihr vereinbart, daß sie möglichst alle bei uns betreuten Patienten am besten zuhause aufsucht. Denn wie gesagt, in der Hetze des Dialysetages bleibt doch nicht die rechte Ruhe für die Besprechung solcher Fragen. An Sie habe ich die Bitte, sich vertrauensvoll mit Ihren Problemen an Frau Dr. Franke zu wenden. Sie wird Ihnen in jeder Weise behilflich sein. Sicher werden Sie auch verstehen, daß man nur dann vernünftig helfen kann, wenn man vorher richtig informiert wurde. Es bedarf keiner Frage, daß alle diese Gespräche und Untersuchungen strengstens vertraulich behandelt werden. Denken Sie bitte auch daran, daß Ihre Mitarbeit an diesen Untersuchungen hilft, einen besseren Einblick in die Probleme von Dialysepatienten zu bekommen. Wir werden uns bemühen aufgrund dieser Angaben zu besseren Lösungen nicht nur in medizinisch-technischer Hinsicht, sondern auch in unserem Verhältnis zu den Patienten zu kommen.

Mit freundlichem Gruß


(Prof. Dr. Heinze)

Beatrix Franke
Diplom- Psychologin
78 Freiburg
Tivolistr. 13
Tel. 0761/ 3 39 39

An alle Patienten und Angehörige des Dialyse- Programms der
Universitäts- Klinik Freiburg!

Es ist allen Beteiligten bekannt, daß es nicht immer leicht ist,
mit der Situation des chronischen Dialyse- Programms zurecht-
zukommen.

Manchen Patienten und deren Angehörigen fällt es besonders am
Anfang des Programms schwer, mit der Tatsache der Dialyse fertig
zu werden.

Mit dieser Untersuchung soll nun festgestellt werden, zu welchem
Zeitpunkt es besonders wichtig sein könnte, die belastende
Dialyse- Situation für chronisch Nierenkranke und ihre Angehö-
rige nicht nur von medizinischer, sondern auch von psychologi-
scher Seite her weitgehendst zu erleichtern. Es ist geplant,
durch psychologische Gespräche eine Möglichkeit zu bieten, die
geeignet ist, in schwierigen Augenblicken weiterzuhelfen und
zu stützen.

Von größter Wichtigkeit ist für diese Untersuchung, daß möglichst
alle Dialyse- Patienten und deren Partner (Frau/Mann/Mutter/
Vater/Hilfsperson etc.) teilnehmen, da nur bei großer Beteili-
gung verbindliche Aussagen gemacht werden können. Es ist also
entscheidend, daß Sie beide - Patient und Partner - mitmachen.
Um Ihnen mit dieser Untersuchung so wenig wie möglich zur
Last zu fallen, möchte ich gerne zusammen mit einem Kollegen
zu Ihnen nach Hause kommen. Ihre Aufgabe würde nun darin beste-
hen, einige schriftliche Fragen zu beantworten. Es handelt sich

hierbei um Fragebogen, bei denen Sie nur anzukreuzen brauchen, was Ihrer Ansicht nach für Sie zutrifft.

Diese Fragebogen sollen von Ihnen insgesamt 3 mal im Abstand von ca. 3 Monaten ausgefüllt werden. Das bedeutet z. B. für jemanden, bei dem ich im April zum ersten Mal zur Untersuchung komme, daß der zweite Termin im Juli und mein dritter Besuch im Oktober stattfinden wird.

Sehr wichtig ist, daß der Tag der Untersuchung für Sie nicht Ihr Dialysetag ist. Sind Dienstag und Freitag Ihre Dialysetage, so kommen für die Untersuchung nur Montag, Mittwoch, Donnerstag, Samstag oder Sonntag in Frage.

Die Untersuchung wird etwa $1 - 1 \frac{1}{4}$ Stunden dauern.

Die Ergebnisse werden anonym, d.h. ohne Angabe Ihres Namens ausgewertet. Wie Sie die Fragen beantworten und alles, was Sie mit uns besprechen, fällt unter unsere Schweigeverpflichtung.

Es ist sehr schwierig, für Patienten, die in nahe beieinanderliegenden Orten wohnen, Termine an ein- und demselben Tag zu finden. Deshalb möchte ich Sie bitten, möglichst den von mir unten angeführten Termin einzuhalten.

Ich schlage vor:

ca..... Uhr

Ich möchte Sie bitten, an der Untersuchung aktiv mitzuarbeiten.

Bitte vergessen Sie nicht die beiden wichtigen Bedingungen:

1. Außer Ihnen soll auch Ihr Partner/nächster Angehöriger/
Hilfsperson an der Untersuchung teilnehmen.
2. Der Befragungstermin soll auf einen dialysefreien Tag fallen.

Mit freundlichen Grüßen

Beatrix Franke, Diplom-Psychologin

7800 FREIBURG

Tivolistr. 13

Tel. 0761/3 39 39

Wie ich schon in meinem ersten Brief angekündigt habe, möchte ich Sie im Rahmen der laufenden psychologischen Untersuchung der Freiburger Universitätsklinik nun erneut zu Hause aufsuchen. Wie beim ersten Teil der Untersuchung werden Ihnen auch dieses Mal schriftliche Fragen vorgelegt, bei denen Sie nur anzukreuzen brauchen, was Ihrer Ansicht nach für Sie zutrifft.

Auch dieser Untersuchungsabschnitt wird wieder ungefähr 1 - 1 1/4 Stunden dauern.

Wichtig ist auch bei diesem Termin,

1. daß der Tag der Untersuchung nicht Ihr Dialysetag ist und
2. daß auch Ihr Partner/nächster Angehöriger/Hilfsperson wieder an der Untersuchung teilnimmt.

Als neuen Termin schlage ich vor:

Uhr.

Sollte es Ihnen unmöglich sein, den genannten Termin einzuhalten, so nehmen Sie bitte mit mir unter der Nummer 0761/3 39 39 telefonisch Kontakt auf.

Mit freundlichen Grüßen

Anleitung

Ich möchte Sie bitten, die nachfolgenden kurzen Fragebogen zu bearbeiten.

Da es sich nicht um Intelligenz- Tests handelt, gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Kreuzen Sie bitte jeweils an, was Ihrer ganz persönlichen Meinung nach zutrifft.

Wie Sie dabei vorgehen sollen, finden Sie in der Anleitung zu Beginn jedes Fragebogens.

Bitte lesen Sie die Anleitungen aufmerksam durch.

Wenn Sie zur Durchführung noch Fragen haben, so stellen Sie sie bitte, bevor Sie mit der Bearbeitung beginnen.

Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar einfällt.

Biographische Daten

Pt

Wohnort:

Heimdialyse o Bitte Zutreffendes ankreuzen
Zentrumsdialyse o

Geschlecht: weiblich o
 männlich o

Alter:

Beruf:

z.Zt. berufstätig: ja o
 nein o
 wenn ja: wieviele Stunden pro Woche?

Familienstand: ledig o
 verlobt o
 verheiratet o
 geschieden o
 wenn geschieden: seit wann?

Wann wurde Ihnen Ihr Nierenleiden bekannt?

Seit wann sind Sie im chronischen Dialyseprogramm?

Sind Sie schon transplantiert worden? ja o
 nein o
 wenn ja: wie oft ?

Stehen Sie auf der Transplantations- Liste? ja o
 nein o

Haben Sie öfter Komplikationen(z.B. Shunt,Kreislauf,Punktieren etc.)?
 ja o
 nein o
 wenn ja: welche?

Biographische Daten

Partner

Wohnort:

Geschlecht: weiblich o
 männlich o Bitte Zutreffendes ankreuzen

Alter:

Beruf:

z.Zt. berufstätig: ja o
 nein o
 wenn ja: wieviele Stunden pro Woche?

Familienstand: ledig o
 verlobt o
 verheiratet o
 geschieden o
 wenn geschieden: seit wann?

Der Dialysepatient ist mein(e): Ehepartner o
 Verlobte(r) o
 Mutter/Vater o
 Kind o
 nicht mit mir verwandt, sondern.....

Zahl der Kinder:

Alter der Kinder:

Danksagung

Den Weg dieser Untersuchung haben viele Personen begleitet. Ihnen möchte ich für ihre Hilfe und Unterstützung danken. Hierzu zählen in erster Linie der frühere Leiter der Freiburger Dialysestationen - Prof. V. Heinze - mit seinem Dialyseteam und den Dialysefamilien, die mir auf alle erdenkliche Weise halfen, diese Arbeit zu realisieren.

Mein Dank gilt ferner Herrn Dr.Dr. U.Koch, dem Betreuer dieser Arbeit, und Herrn Prof. J. Cremerius, die mir mit vielen Anregungen und Diskussionen bei der Planung, Durchführung und Auswertung zur Seite standen.

Besonders danken möchte ich Herrn D. Schwörer, der mich bei der Auswertung des uferlosen Datenmaterials mit Rat und Tat unterstützte.

Herzlichen Dank meinem Mann, der sich mit mir über die Arbeit intensiv, unermüdlich und geduldig auseinandersetzte und mir Mut gab, schwierige Phasen durchzustehen.

Beatrix Franke, Dipl.-Psych.
Tivolistraße 13
7800 Freiburg

LEBENS LAUF

am 4.9.1947	wurde ich als Tochter des Ingenieurs Ulrich BÜHLER und seiner Frau Ilse, geb. AUER, in GÖPPINGEN/Baden-Württemberg geboren
1948	Auswanderung nach Brasilien wegen beruflicher Veränderung meines Vaters
1952	Rückkehr nach Göppingen
1966	Abitur in Konstanz
WS 1966/1967	Beginn des Studiums der Biologie in Freiburg
1967 - 1972	Psychologiestudium in Freiburg und München
SS 1969	Diplom-Vorprüfung für Psychologen in Freiburg
April 1972	Diplom-Hauptprüfung für Psychologen in Freiburg
1972	Beginn der Zusatzausbildung in Gesprächs- psychotherapie und Verhaltenstherapie
27.7.1973	Eheschließung mit Dietrich FRANKE, Diplom- Psychologe
Okt. 1975 - Mai 1978	Entwurf und Durchführung eines Forschungspro- gramms zur psychosozialen Betreuung von Dialyse- patienten und deren Partnern an der Universitäts- klinik Freiburg
Mai 1979 - März 1980	Tätigkeit als Klinischer Psychologe in einem Mutter-Kind-Kurheim (Haus Eichhof, Simonswald).

